



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Lucrécia Lopes

**A hemodiálise e a biossegurança como um desafio para os
profissionais do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS)**

2014

Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, como parte dos requisitos fundamentais para a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem.

Discente:

Lucrecia Lopes nº 2320

**A hemodiálise e a biossegurança como um desafio para os
profissionais do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS)**

Orientadora:

Enf^a Acelia Mireya Caceres

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de investigação à minha família, que me apoiou incondicionalmente em todas as fases da minha vida, particularmente no que toca ao percurso académico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe, Hermínia, por ter-me dado a vida, pelo amor, pela amizade e pelo apoio incondicional. Agradeço pelo esforço, pelas sábias palavras ditas nas horas exactas, que serviram do meu ponto de apoio. Agradeço por ter acreditado em mi, nas minhas capacidades, na minha vitória que foi esta licenciatura. E agradeço por tudo...

Igualmente agradeço ao meu pai, Aguinaldo, pelo amor e pelo apoio disponibilizado, principalmente o financeiro, pois, sem o seu apoio, eu não teria conseguido este triunfo.

Agradeço ao meu querido irmão, Hélder, pelo amor e pela enorme amizade.

Agradeço à minha querida avó, Antónia Ana, pelo amor, e pela amizade e pelos sábios conselhos.

Agradeço a uma querida amiga, Felipa do Anjos, pela amizade e pelo apoio.

Um especial agradecimento à minha orientadora, Acelia Mireya Caceres, pelas orientações, pela amizade, pelo apoio e pela dedicação.

Agradeço aos profissionais de saúde do Hospital Baptista de Sousa, enfermeiros, médicos e técnicos que apoiaram-me nesta investigação, disponibilizando livros, documentos e importantes testemunhos.

Agradeço ao professor Mateus Monteiro, pela dedicação, pelas orientações que foram cruciais na elaboração deste trabalho.

Em especial agradecimento aos meus colegas do curso, pelas amizades, pelas brincadeiras, pelo apoio, por fazer parte e por terem-me proporcionado uma das melhores etapas da minha vida.

Em especial modo agradeço a todos os meus professores/docentes do curso de Licenciatura em Enfermagem, que ao longo desses anos, disponibilizaram ensinamentos, valores e principalmente a amizade. Desta forma, deixo um particular agradecimento à docente Sahida-Alina do Rosário, pela sua disponibilidade e elas fundamentais orientações.

E por fim agradeço, a todos que directa ou indirectamente, ajudaram-me nesta jornada, e em especial nesta investigação.

RESUMO

O presente trabalho de investigação aborda a hemodiálise e a biossegurança, tendo em conta os desafios vivenciados pelos profissionais de saúde, que trabalham nas sessões de hemodiálise, tendo como objectivo principal conhecer as implicações que as condições físicas têm nas referidas sessões.

A hemodiálise é um processo que é realizado num circuito extracorpóreo, com a utilização de uma membrana artificial e que envolve o desvio de sangue, através de um dialisador a fim de trocar líquidos e electrolíticos e de depurar os resíduos. Sendo a hemodiálise muito invasiva, é crucial a presença de medidas que previnem e reduzem os riscos de infecções e de acidentes, isto é, a biossegurança. Esta constitui o pilar da hemodiálise, na medida que, é imprescindível tanto para os profissionais de saúde como para os utentes. A segurança em hemodiálise passa pela segurança do espaço, dos profissionais e dos utentes.

Várias áreas de trabalho, incluindo as de hemodiálise e seus procedimentos, podem ser susceptíveis a infecções, portanto, a estrutura do espaço constitui um aspecto fundamental para a segurança dos profissionais, como também dos utentes, bem como a prevenção de infecções.

Para a realização deste trabalho, recorreu-se a uma abordagem essencialmente qualitativa, optando-se por um estudo exploratório. Para a recolha de informações, utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, realizadas a seis (6) profissionais de saúde, e que constituem a única equipa que trabalha actualmente nas sessões de hemodiálise.

Em relação aos resultados da investigação, constatou-se que o espaço utilizado para a realização das sessões de hemodiálise, influencia na prestação de cuidados e procedimentos em hemodiálise, na medida que, gera nos profissionais/sujeitos do estudo sentimentos de insegurança, de insatisfação e de incertezas.

Igualmente verificou-se que os desafios indicados pelos sujeitos aproximam-se ou mesmo coincidem-se com os factores condicionantes identificados, o que remete afirmar que os mesmos aspectos/factores que condicionam os procedimentos, geram a insatisfação e constituem os mesmos desafios para os sujeitos.

Palavras-chaves: Hemodiálise; Biossegurança; Procedimentos de Enfermagem; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

The present research work addresses the hemodialysis and biosafety, taking into account the challenges experienced by health professionals working in hemodialysis, with the primary aim to know the implications that physical conditions have in these sessions.

Hemodialysis is a process that is performed in the extracorporeal circuit, with the use of an artificial membrane that involves the diversion of blood through a dialyzer in order to replace fluid and electrolyte and purifying the residue. Being hemodialysis very invasive, it is crucial the presence of measures which prevent and reduce the risk of infections and accidents, biosafety. This is the cornerstone of hemodialysis, as it is essential for both health professionals and for users. Safety in hemodialysis involves the security of the area, professionals and users.

Several areas of work, including hemodialysis and procedures, may be susceptible to infection, so the structure of space is a key to safety professionals, as well as users' aspect as well as the prevention of infections.

For this work, we used an essentially qualitative approach, choosing for an exploratory study. To collect information, we used semi-structured interviews to six (6) health professionals, and they are the only team currently working on hemodialysis.

Regarding the results of the investigation, it was found that the space illegal for the completion of the hemodialysis, influences the care and hemodialysis procedures, insofar as it generates in professional / research subjects feelings of insecurity, dissatisfaction and uncertainties.

It was also found that the challenges listed by subject approaches or even coincide with the conditioning factors identified, which refers to affirm that the same aspects / factors that affect the procedures, generate dissatisfaction and challenges are the same for subjects.

Keywords: Hemodialysis; biosafety; Nursing procedures; Health Professionals.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. A Hemodiálise, a Biossegurança e os Procedimentos de Enfermagem	14
1.1 O Enquadramento histórico da hemodiálise	14
1.2 A Hemodialise: aspectos gerais	16
1.2.1 A anatomia e fisiologia renal	16
1.2.2 A insuficiência renal	17
1.2.3 As etiologias (causas) da insuficiência renal aguda e crónica.....	18
1.2.4 As opções de tratamento.....	19
1.2.5 As indicações para hemodiálise.....	20
1.2.6 O funcionamento da hemodiálise	21
1.2.7 Os dialisadores e as membranas	22
1.2.8 Os acessos vasculares	23
1.2.9 As limitações da hemodiálise	24
1.2.10 As complicações da hemodiálise	24
1.3 A Biossegurança em hemodiálise.....	25
1.4 A Hemodialise <i>versus</i> os procedimentos de enfermagem	28
CAPÍTULO II: OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
2. A Metodologia.....	36
2.1 O Campo empírico	39
2.2 A Metodologia de recolha de informações.....	40
2.3 Os Sujeitos do estudo	40
2.4 Os Aspectos éticos.....	41
3. A Apresentação e a Interpretação dos Resultados.....	42
3.1. Caracterização dos sujeitos do estudo	43
3.2. A Biossegurança e o controlo de infeção.....	44

3.3. A hemodiálise e os profissionais da área.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ÍNDICE DE ANEXOS	74
GLOSSÁRIO.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Imagem da anatomia renal	17
Figura 2: Imagem do esquema de hemodiálise	22
Figura 3: Imagem de um dialisador	23

SIGLAS

HD: Hemodiálise.

IRC: Insuficiência Renal Crónica.

FAV: Fístula arteriovenosa.

IM: Intramuscular

HBS: Hospital Baptista de Sousa.

HAN: Hospital Agostinho Neto.

UCE: Unidade de Cuidados Especiais.

INTRODUÇÃO

Este trabalho compreende-se como etapa final do curso de licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, em que, o tema escolhido para elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso é: **A hemodiálise e a biossegurança como um desafio para os profissionais do Hospital Baptista de Sousa (HBS)**. Pois, Lakatos e Marconi (1992: 161) definem o tema de uma pesquisa como “uma proposição até certo ponto abrangente, a formulação do problema é mais específica: indica exactamente qual a dificuldade que se pretende resolver”. O tema envolve a hemodiálise e a biossegurança. No entanto, dar-se-á maior ênfase à hemodialise, no enquadramento teórico, a fim de dar a conhecer de uma forma global as suas vertentes principalmente no que toca aos procedimentos de enfermagem.

A biossegurança enquadra-se nesta investigação como parte fundamental da hemodiálise, na medida em que, orienta a prática da mesma, tendo em conta as condições (físicas) em que são realizadas as sessões (de hemodiálise).

Neste mesmo âmbito, pretende-se que a pergunta de partida seja: **De que forma as condições físicas podem influenciar nos procedimentos realizados pelos profissionais em relação ao doente dialisado?** Contudo, esta questão de investigação será desenvolvida mais a frente, nos processos metodológicos.

Este trabalho tem como objecto de estudo: a acção dos profissionais de saúde nas sessões de hemodiálise, na Unidade de Cuidados Especiais (UCE) do HBS.

E para orientar o estudo, traçou-se objectivos. O Objectivo, que na perspectiva de Fortin (1999: 85), “(...) precisa exactamente o que o investigador tem intenção de realizar no seu estudo”. Assim sendo, tem-se como **objectivo geral**, conhecer as implicações que as condições físicas têm nas sessões de hemodiálise na UCE do HBS. E como **objectivos específicos**: conhecer as medidas de biossegurança utilizadas durante as sessões de hemodiálise na UCE; mencionar as dificuldades na execução das sessões por parte dos profissionais; conhecer seus desafios, principalmente no que toca a sua satisfação pessoal; apontar os aspectos positivos e negativos da hemodiálise em São Vicente, bem como definir propostas para a melhoria do serviço.

A hemodiálise constitui-se uma técnica que deve ser realizada num espaço próprio e com as devidas condições de assépsia e de segurança, em prol dos profissionais como dos utentes. Sendo assim, considera-se pertinentes os estudos que evidenciam e

esclarecem esses aspectos. Isto é, torna-se necessário saber quais as condições em que esta técnica é realizada. Pois, durante as sessões os profissionais trabalham directamente com materiais biológicos, particularmente o sangue, que poderão constituir num risco à sua saúde ou a dos utentes.

É importante ressaltar que qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação, que é considerada uma problemática, e que pode causar uma certa irritação, inquietação, um mal-estar e que exige uma explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1999: 48).

A problemática identificada no presente trabalho, é a biossegurança em hemodiálise, pois, sendo a hemodiálise uma modalidade que vem aumentando (a sua prática) em Cabo Verde, especificamente em São Vicente, há uma certa necessidade de estudá-la, saber o seu funcionamento e conhecer sua técnica, além de fazer parte de uma das linhas de investigação científica, proposta pelo Ministério da Saúde.

É essencial referir que a hemodiálise também é praticada em outro ponto do país, nomeadamente na Ilha de Santiago, precisamente na cidade da Praia. Contudo, o presente trabalho será unicamente direccionado para os aspectos referentes a hemodiálise praticada na ilha de São Vicente.

Entretanto, constitui-se relevante mencionar aspectos importantes da hemodiálise em Cabo Verde, na medida que, de acordo com as indicações do Ministério da Saúde, disponibilizadas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016 (2012: 49):

Em Fevereiro de 2010 foi instalada uma unidade de hemodiálise, nos dois Hospitais Centrais, para o tratamento de pacientes com insuficiência renal aguda e para a estabilização dos pacientes com IRC aguardando evacuação para o exterior. Em 2011 foram realizadas 301 sessões de hemodiálise convencional, no HAN, para 37 pessoas com insuficiência renal aguda e crónica 24. No HBS em 2010 foram dialisados 10 pacientes na Unidade de Hemodiálise, sendo a maior parte doentes com insuficiência renal crónica que aguardavam evacuação. Em 2011 foram dialisados também 10 pacientes.

No entanto, importa referir que, a “IRC constituiu a quinta causa de evacuação médica nesse ano, encontrando-se actualmente em Portugal 110 pacientes em tratamento de hemodiálise” (*Ibidem*)¹. Um número bastante significativo, pois, além das evacuações terem os seus custos socioeconómicos, provoca um afastamento da família, do trabalho e do meio social e cultural do doente (*Ibidem*).

¹ Informações referentes ao ano 2012.

Sendo assim, considera-se pertinente a presente investigação, na medida que, explora um fenómeno que vem aumentando progressivamente em Cabo Verde.

A relevância deste tema concede, a nível académico, grande valia para aprendizagem e para o aumento dos conhecimentos sobre a hemodiálise, bem como demonstra as condições em que a mesma é realizada em São Vicente. Da mesma forma, concede a nível profissional a aquisição de maiores conhecimentos sobre a biossegurança praticada em hemodiálise, o que proporciona uma melhor prestação de assistência e de cuidados dos outros profissionais da área, particularmente dos enfermeiros.

O presente trabalho encontra-se dividido em dois (2) capítulos:

Capítulo I- engloba o enquadramento teórico, constituído por temas, como a hemodiálise (retractando aspectos como a anatomia e a fisiologia do rins, as opções de tratamento, entre outros), a biossegurança (tendo como principal foco a hemodiálise) e os procedimentos de enfermagem realizados nas sessões de hemodiálise.

Capítulo II- constitui todo o processo metodológico da investigação, dando ênfase à relação existente entre a biossegurança, a hemodiálise e as condições físicas referentes ao espaço, onde são realizadas as sessões de hemodiálise.

É de se realçar, que a estrutura do enquadramento teórico foi definida com o intuito de incidir de forma clara e precisa sobre todos os aspectos relacionados com a hemodiálise, facilitando assim sua compreensão, na medida que, constitui uma técnica pouco conhecida em Cabo Verde, particularmente por muitos profissionais da área da saúde.

Para a realização desta investigação, recorreu-se a uma abordagem essencialmente qualitativa, optando-se por fazer um estudo exploratório, que teve por base a realização de entrevistas semi-estruturadas.

Importa referir, que o termo doente será utilizado para retractar todo o indivíduo que tem uma afecção de foro nefrológico e que necessita ser submetido ao tratamento de hemodiálise e utente a todo o indivíduo que recorre a prestação de um serviço de saúde, particularmente serviços direccionados para diálise, no mais abrangente aspecto.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Hemodiálise, a Biossegurança e os Procedimentos de Enfermagem

Este capítulo debruçar-se-á sobre a hemodiálise, tendo em conta seus aspectos gerais, bem como a sua utilização, enquanto uma das opções de tratamento e de substituição renal, tendo em conta as medidas de segurança utilizadas nas sessões, destacando os cuidados de enfermagem de uma forma global.

1.1 O Enquadramento histórico da hemodiálise

A diálise é utilizada há vários anos, no entanto, foi sofrendo alterações e evoluções, pois, o Medgrupo (2010: 47) afirma que “a diálise é uma técnica antiga, utilizada por químicos desde dos meados do século XIX, para remover solutos de uma solução”.

Pereira (1999: 342) acrescenta que a diálise é “(...) um método de depuração de substâncias no plasma humano pelo fenómeno de difusão passiva, através de uma membrana semipermeável”. Para que haja esse fenómeno é preciso que o sangue do doente passe por várias etapas. Isto é:

Para que esse fenómeno ocorra, é necessário que o sangue do paciente entre em contacto com algum tipo de membrana semipermeável, que separe o sangue de um líquido totalmente isento de substancias que precisam ser eliminadas do plasma. Esse líquido é preparado artificialmente e é denominado solução de dialise. O processo de diálise pode ser em um circuito extra-corpóreo, utilizando-se uma membrana artificial. É a denominada hemodiálise (HD) (*Ibidem*).

Em relação a evolução da hemodiálise, foram muitas as mudanças que ocorreram e foram se registando, passando pelos objectivos de hemodiálise até a sua realização em utentes, pois:

A diálise já havia sido aplicada à urina, no intuito de retirar a ureia. Porém, apenas após a Segunda Grande Guerra, pelos estudos de Abel, Thalleimer e Koff, o método de diálise foi primeira vez utilizada para remover toxinas do corpo humano. Inicialmente, para tratar envenenamentos agudos e, em seguida, para tratar a Insuficiência renal. Foi um sucesso. Em 1960, em Seattle, Washington, EUA², o primeiro paciente com insuficiência renal crónico foi tratado com diálises repetidas. Dois factores foram fundamentais para o sucesso da diálise em seres humanos: a descoberta da heparina, 1922, e a invenção do celofone pela

² EUA: Estados Unidos da América (traduzido pela investigadora)

indústria de embalagens (primeira membrana semipermeável utilizada neste método) (*Ibid.*: 341).

A origem do termo hemodiálise surgiu há vários anos, como anteriormente referido, pois, de acordo com Lugon, Matos e Warrak (2003: 870) é atribuído a criação do termo diálise:

(...) Ao químico escocês Thomas Graham (1805-1869), (...) que utilizou para descrever o fenómeno por ele observado em 1854 no qual, utilizando uma membrana semipermeável constituída de material vegetal, demonstrou a separação de substâncias colóides e cristalóides.

A hemodiálise para ser considerada uma terapia de substituição renal, teve que passar por várias etapas, e sempre esteve relacionada com a confecção dos acessos vasculares, pois:

A confecção de uma fístula arteriovenosa, através da anastomose de uma veia cefálica à artéria radial por Cimino e Brescia, em 1966, veio estabelecer definitivamente a hemodiálise como terapia de substituição da função renal na insuficiência renal crônica terminal (*Ibid.*: 870-871).

De acordo com Ribeiro (1997: 37), “(...) em várias partes do mundo, a terapêutica substitutiva renal nas suas várias modalidades está disponível para a maioria dos doentes. A diálise é no entanto um substituto imperfeito da função renal (...)”. Pois, ele argumenta que, pelo facto de a diálise ser “(...) onerosa, remove solutos indiscriminadamente, não substitui a função renal e a actividade metabólica, requerendo ainda restrições dietéticas e terapêutica médica concomitantes” (*Ibidem*).

A escolha da terapêutica para um determinado indivíduo, num certo ponto pode ser influenciado, pelas considerações sociais, doenças coexistentes e pela forma como é vista a eficácia da hemodiálise em comparação com a diálise peritoneal. Para alguns doentes a terapêutica substitutiva renal será a única terapêutica, no entanto, para outros doentes a diálise crónica nas suas duas vertentes (hemodiálise e diálise peritoneal) constitui uma terapêutica temporária e imprevisível, até serem submetidos ao transplante renal (*Ibid.*: 38).

1.2 A Hemodialise: aspectos gerais

Embora a hemodiálise seja uma modalidade recente em Cabo verde, ela foi desenvolvida há alguns anos. Mas para falar da hemodiálise primeiro é preciso conhecer em que condições, o doente é submetida ao tratamento da hemodiálise.

Desta forma a hemodiálise é praticada em casos de Insuficiência Renal, o que implica falar da patologia e do funcionamento do órgão afectado.

1.2.1 A anatomia e fisiologia renal

De acordo com Phipps, Sands e Marek (2003: 1589) “os rins são órgãos vermelho-acastanhados, com a forma de feijões, que estão situados entre o peritонеo parietal e a parede abdominal posterior, no ângulo costovertebral”. Black e Jacobs (s/ data: 1555) complementam que os rins:

Ficam entre a 12ª vértebra torácica e a terceira vértebra lombar. Em geral, o rim esquerdo está posicionado ligeiramente acima do direito. Os rins adultos possuem em média cerca de 11 cm de comprimento e 5 a 7,5 cm de largura e 2,5 cm de espessura.

Os rins apresentam um grande e complexo sistema vascular, desta forma Schaffler e Menche (2004: 265), explicam o seu funcionamento, pois:

Os rins possuem um sistema vascular muito complexo. A artéria renal bifurcar-se em artérias sucessivamente mais pequenas. As pequenas arteríolas (**vasos aferentes**) subdividem-se finalmente num entrelaçado de capilares em forma de novelo, o **glomérulo**. A urina primária (**filtrado glomerular**) é extraída do sangue por filtração, ao nível do **glomérulo**. De seguida, o sangue é conduzido pelos **vasos eferentes** (...), entra no **sistema tubular**, através da **cápsula de Bowman**, (...), por um mecanismo de difusão, é concentrada e “enriquecida” com produtos de degradação do metabolismo. Forma-se assim a **urina secundária**, que é conduzida pelos **túbulos colectores** até ao bacinete. As **vias urinárias** são compostas pelo **bacinete**, os dois **uréteres**, a **bexiga** e a **uretra**.

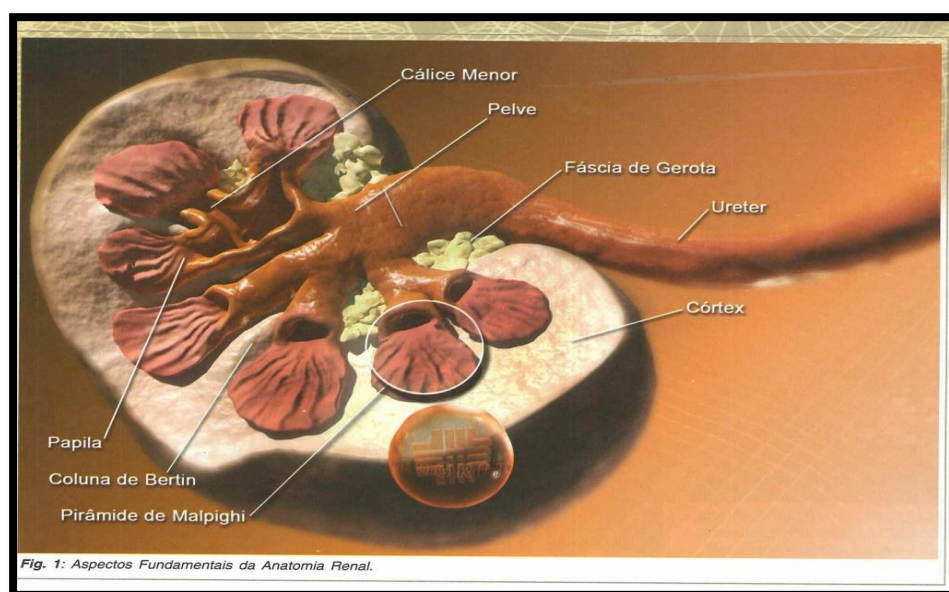


Figura 1: Imagem da anatomia renal, extraída no manual de Medgrupo (2010: 11).

Os rins têm várias funções, que Phipps, Sands e Marek, (2003: 1669) indicam: “(...) tais como a filtração dos produtos de excreção transportados pelo sangue, a manutenção do equilíbrio ácido-base e a regulação da pressão arterial”. No entanto, existem outras funções, que Santos e Ponche (1982: 21) defendem e segundo os mesmos as tarefas do rim são levados a cabo por dois tipos de produtos:

(...) Uma actividade exócrina (ou excretora, quer dizer, de eliminação de produtos- água, sódio, potássio, ureia, tóxicos, etc.) e uma outra endócrina (pela formação de substâncias que regulam ou intervêm em diversas actividades- hormonais, prostaglandinas e outras).

Quando os rins começam a falhar e a perder suas funções, estabelece a Insuficiência Renal.

1.2.2 A insuficiência renal

A Insuficiência renal pode ser aguda ou crónica. De acordo com Schoppmeyer (2007: 184), “a insuficiência renal aguda caracteriza-se por uma quebra súbita da taxa de filtração glomerular” e “a insuficiência renal crónica caracteriza-se pela necrose lenta e progressiva do tecido renal, em especial nos glomérulos” (*Ibidem*). Phipps, Sands e Marek (2003: 1669) ainda completam que a insuficiência renal aguda, desenvolve-se “(...) num período de tempo que pode ir desde algumas horas até dias” e a insuficiência

renal crónica, desenvolve-se “(...) lenta e progressivamente ao longo de vários anos” (*Ibidem*).

Em relação à insuficiência renal crónica, a preservação do rim passa pelo ajuste da dieta, da medicação e também da promoção da saúde, pois, à medida que vai deteriorando a função renal, são necessários a diálise ou o transplante renal, para manter a vida (Phipps, Sands e Marek, 2003: 1669).

Para elucidar a perda da função renal é crucial apontar as causas que originam a essa insuficiência.

1.2.3 As etiologias (causas) da insuficiência renal aguda e crónica

A insuficiência renal, como anteriormente referida caracteriza-se por perda da função renal, isto é, há “(...) uma perda significativa da função renal; quando se mantêm apenas 10% da função renal, considera-se que a pessoa tem uma doença renal em fase terminal (DRFT)” (*Ibidem*).

No que concerne as causas da insuficiência renal aguda, os autores (2003), acima referidos, afirmam que é preciso fazer uma divisão entre as causas, que seriam as de etiologias pré-renais, intra-renais ou intrínsecas e pós-renais. Na mesma óptica, Ramos (1997: 33) concorda, no que toca às causas da insuficiência renal aguda, e explica da seguinte forma:

As causas da insuficiência renal aguda dividem-se classicamente em três categorias:

Causas pré-renais. Estas são alterações da perfusão renal quer por hipovolémia, quer por insuficiência circulatória (shock, insuficiência cardíaca, etc). (...)

Causas pós-renais. Incluem-se nesta categoria as doenças³ que causem obstrução ao fluxo urinário a qualquer nível (bilateral ou em rim único).

Causas renais. Uma grande variedade de doenças do parênquima renal pode provocar uma deterioração aguda da função renal. São exemplo, (...) oclusão bilateral das artérias renais, a vasculite renal (...). No entanto, a lesão do parênquima renal que mais frequentemente leva a insuficiência renal aguda é a necrose tubular aguda (NTA) que contribui com cerca de 75% dos casos.

³ Como exemplo Phipps, Sands e Marek (2003:1670) apontam “(...) cálculos, neoplasias, hiperplasia da próstata”.

Na óptica de Schaffler e Menche (2004: 294), no que toca à insuficiência renal crónica “as causas principais são: glomerulonefrites; *nefropatia diabética*, como complicação a longo prazo da diabetes mellitus (...). Outras causas são pielonefrites crónicas e lesões renais provocadas por medicamentos (*nefropatia dos analgésicos*)”.

1.2.4 As opções de tratamento

A diálise é feita tanto para a Insuficiência renal crónica, como aguda, pois “a diálise está indicada nos doentes com insuficiência renal crónica terminal ou no estágio de anúria/ oligúria associado a insuficiência renal aguda” (*Ibid.*: 186).

Na perspectiva de Phipps, Sands e Marek (2003: 1454) existem quatro objectivos terapêuticos da diálise e que consistem em:

- Remover do sangue os produtos finais do metabolismo proteico, tais como ureia e creatinina;
- Manter uma concentração segura de electrólitos séricos;
- Corrigir a acidose e reabastecer o sistema tampão de bicarbonato sanguíneo;
- Remover do sangue o excesso de fluídos.

Tendo indicados os objectivos da diálise torna-se pertinente apontar os tipos de diálise existentes, em que Phipps, Sands e Marek (2003: 1673), o Medgrupo (2010: 47) e Doenges, Moorhouse e Geissler (2003: 601) concordam existir dois tipos de diálise, a peritoneal e a hemodiálise. Pois, Phipps, Sands e Marek (2003: 1673), explicam que “(...) Cada uma delas pode ser usada para (...) recuperação da função renal, ou para manter a vida na doença renal irreversível”.

De acordo com o Medgrupo (2010: 47) a hemodiálise é um “(...) processo realizado em um circuito extracorpóreo, utilizando-se uma membrana artificial”. E diálise peritoneal constitui um processo de diálise “(...) realizado dentro do próprio corpo, utilizando-se o peritônio como membrana semipermeável” (*Ibidem*).

Uma outra opção de tratamento em casos de insuficiência renal é o transplante renal que é:

(...) Considerado atualmente como terapia de escolha para a IRC⁴ avançada (...), de modo a reduzir os enormes gastos do Estado com os pacientes com IRC. Além disso, o transplante renal confere uma qualidade de vida muito melhor que a diálise, pois corrige de fato a disfunção renal (*Ibidem*).

⁴ IRC: Insuficiência renal crónica (traduzido pela investigadora)

Sendo a hemodiálise uma opção de tratamento é importante saber os preceitos para sua realização, isto é, as indicações necessárias para que o doente possa ser submetido à hemodiálise.

1.2.5 As indicações para hemodiálise

De acordo com Lugon, Matos e Warrak (2003: 872):

As indicações para se iniciar a terapia substitutiva renal podem ser divididas entre as consideradas como urgência e aquelas electivas. Estas últimas, por sua vez, podem ser determinadas pelo nível de função renal, por parâmetros nutricionais ou pela presença de sintomas urêmicos.

Os mesmos autores (2003: 872-874) explicam as indicações (Urgências e Electivas) para hemodiálise, da seguinte forma:

1-Urgências

- **Hiperpotassemia;**
- **Hipervolemia;**
- **Pericardite Urémica;**
- **Sinais e Sintomas Urêmicos;**

2-Electivas

- **Taxa de Filtração Glomerular (TFG)** - (...) técnicas consideradas padrão-ouro, como o *clearance* de inulina, uréia e creatinina continuam a ser os marcadores mais usados para avaliação da função renal.
- **Estado Nutricional** - Um outro critério para se iniciar o tratamento dialítico seria a piora do estado nutricional do paciente. Dados do estudo multicêntrico MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*) demonstraram uma relação inversa entre o nível de função renal e a ingestão de proteína já a partir de uma TFG de 50 ml/min/1,73 m².

Ainda em relação ao estado nutricional, deve-se iniciar o tratamento diálítico sempre que existir os seguintes indicadores:

- 1) Redução involuntária do peso usual, sem edema, acima de 6% (ou para menos de 90% do peso padrão) em menos de 6 meses;
- 2) Queda da albumina sérica maior do que 0,3 g/dl e para valores inferiores a 4,0 g/dl (confirmada e na ausência de outra causa que a justifique);
- 3) Redução da avaliação global subjetiva do estado nutricional para uma categoria inferior (divididas em três categorias: normal, desnutrição leve a moderada, desnutrição grave)

(*Ibid.*: 874).

Em enfermagem, além de ser importante saber os preceitos ou indicações para realização da hemodiálise, é também fundamental saber o seu funcionamento.

1.2.6 O funcionamento da hemodiálise

Lugon, Matos e Warrak (2003: 1706) ressaltam que a hemodiálise “(...) envolve o desvio de sangue do doente através de um dialisador para trocar líquidos, electrólitos e resíduos”.

Sendo assim, Schoppmeyer (2007: 186) dá uma breve explicação do funcionamento da hemodiálise, dizendo que:

Esta técnica baseia-se no princípio da difusão: as partículas em solução (produtos de metabolismo no sangue) e a água migram a favor de um gradiente de concentrações, através da membrana semipermeável do aparelho da diálise, para a solução da diálise, de menor concentração. O sangue do doente é heparinizado (para prevenir a formação de trombos) e canalizado continuamente através do aparelho de diálise, passando pela membrana semipermeável (filtro capilar). O dialisato, constituído por uma solução de electrólitos adaptada ao doente, flui em sentido inverso, no lado oposto da membrana, captando os produtos do metabolismo difundidos. Este processo de purificação do sangue é designado por **clearance** (depuração). Depois de purificado, o sangue é reconduzido ao corpo. Em determinadas condições (estado geral, doenças subjacentes, idade, doador compatível) é possível optar por um transplante renal.

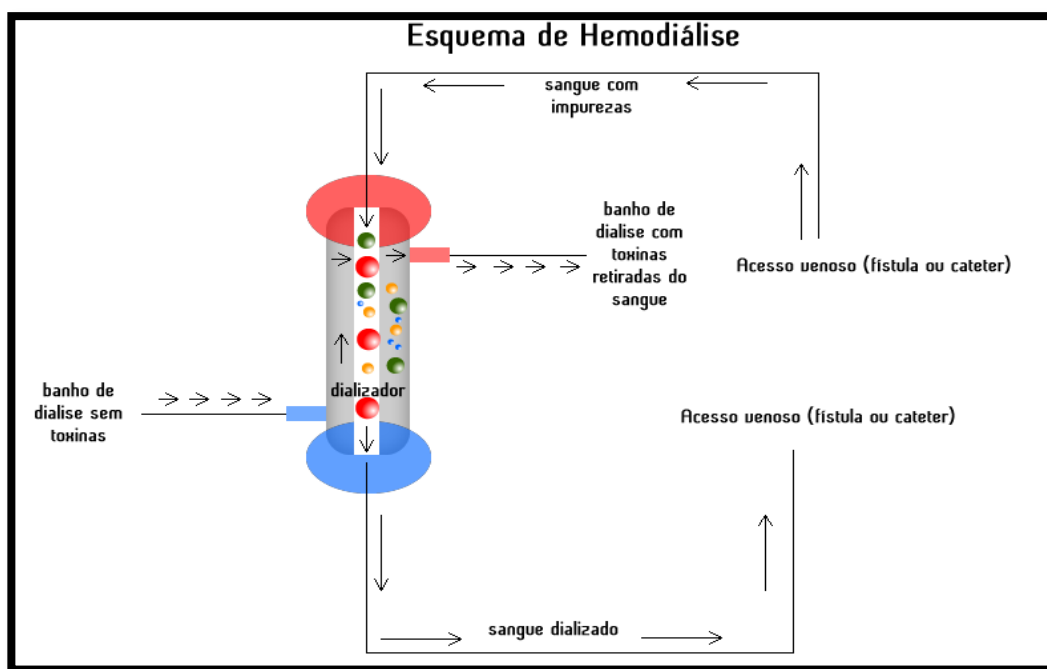


Figura 2: Imagem do esquema de hemodiálise. Fonte: extraída do motor de busca de Google imagens.

No mesmo sentido, Schoppmeyer (2007: 186) e Schaffler e Menche (2004: 297) concordam que a “hemodiálise é o método de substituição renal mais utilizado”, o que justifica a sua grande relevância.

1.2.7 Os dialisadores e as membranas

Para a realização desta técnica é crucial e indispensável os constituintes do aparelho de hemodialise, como por exemplo os dialisadores. Os dialisadores constituem uma das partes fundamentais para a realização da hemodiálise.

De acordo com Lugon, Matos e Warrak (2003: 878):

Os dialisadores consistem em dois compartimentos divididos por uma membrana semipermeável. Em um dos compartimentos flui o sangue, enquanto no outro, em contracorrente, passa a solução de diálise. Através da membrana, ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de diálise, propiciadas pelas diferenças de concentração e de pressão entre os dois compartimentos.

Os dialisadores também chamados de filtros de hemodiálise, de acordo com o Medgrupo (2010: 49) “(...) contêm em seu interior milhares de pequenos capilares formados por um material que serve como membrana dialítica”. E ainda Stone (1996: 28) completa explicando que os dialisadores contêm 4 entradas:

Duas entradas se comunicam com um compartimento sanguíneo e as outras duas comunicam-se com um compartimento dialítico. A membrana semipermeável separa os dois compartimentos. A área limítrofe entre os dois compartimentos é maximizada usando-se uma membrana dividida em múltiplas fibras ocas ou placas paralelas.

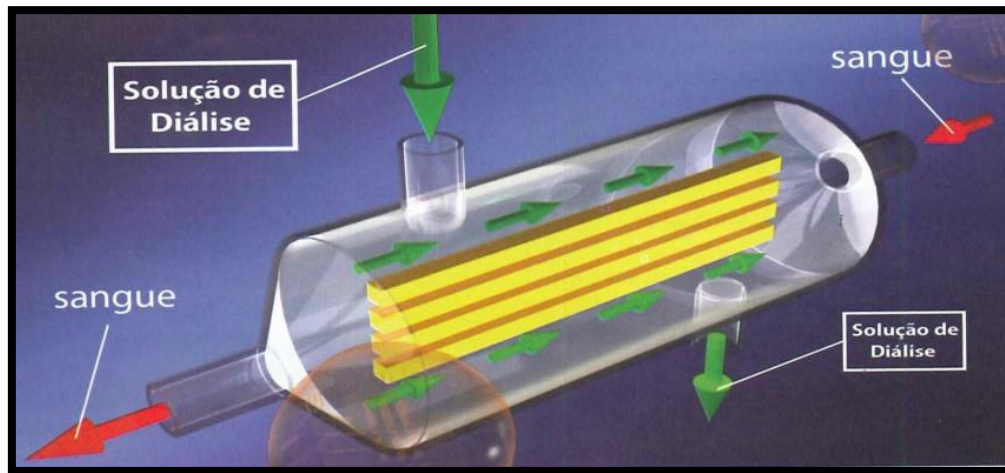


Figura 3: Imagem de um dialisador. Fonte: extraída no manual de Medgrupo (2010: 46)

1.2.8 Os acessos vasculares

Na perspectiva de Phipps, Sands e Marek (2003: 1688), em hemodiálise, “(...), existem cinco formas disponíveis para conseguir o acesso à circulação sanguínea do doente (...) Fístula arteriovenosa; Enxerto arteriovenoso; Derivação externa arteriovenosa; Cateterização da veia femoral; Cateterização da veia subclávia”. Essas formas serão retratadas mais à frente.

Para melhor explicar os acessos, Raja (1996: 50) afirma que:

Os métodos permanentes permitem o acesso vascular por meses e anos e incluem anastomose subcutânea de uma extremidade arterial com uma veia vizinha (**fístula arteriovenosa**), a interposição subcutânea de um enxerto em forma de tubo entre uma extremidade arterial e uma veia (enxertos arteriovenosos) e o implante de um cateter de silicone de luz dupla (p. ex., dispositivo Permcath) em uma veia jugular interna.

No entanto, de acordo com o mesmo autor “uma técnica ultrapassada mas ainda utilizada como alternativa é o implante cirúrgico de tubos plásticos duplos interconectados (**derivações de Scribner**) em uma extremidade arterial e em uma veia vizinha” (*Ibidem*).

O cuidado em hemodiálise deve ser redobrado tanto em relação aos acessos como em diversos e importantes aspectos, pois, durante a hemodiálise poderá surgir diferentes complicações que serão referenciadas mais adiante.

São complicações que surgem em estreita relação com as limitações da hemodiálise.

1.2.9 As limitações da hemodiálise

De acordo com o Medgrupo (2010: 48) a técnica de hemodiálise tem as suas limitações, pois:

A principal limitação da diálise é a ineficácia na depuração das toxinas de maior tamanho e peso molecular. Alguns produtos tóxicos encontram-se fortemente ligados às proteínas plasmáticas, e outros apresentam distribuição preferencial em outros compartimentos corpóreos que não o plasma (...).

A diálise pode depurar substâncias nocivas, bem como as essenciais para o organismo, isto é:

Assim como a diálise depura substâncias nocivas para o organismo, ela também pode depurar substâncias essenciais, como nutrientes (ex.: aminoácidos), vitaminas hidrossolúveis e oligoelementos, como o zinco e o ferro. Por isso, entre as complicações crônicas da diálise, estão os distúrbios carenciais. As vitaminas hidrossolúveis (complexo B, vitamina C, ácido fólico) e, (...) sulfato ferroso e o zinco devem ser repostos no paciente em programa crônico de diálise (*Ibidem*).

1.2.10 As complicações da hemodiálise

A hemodiálise pode trazer diversas complicações para o doente, como anteriormente referido, sabendo que é um procedimento muito invasivo, Lugon, Matos e Warrak (2003: 898-899) apresentam algumas complicações mais frequentes, pois:

As sessões de diálise podem associar-se a diversas outras complicações que incluem, por exemplo, hemorragias, trombose, desordens osmolares e arritmias. (...) E a hemólise. Febre, calafrios, precordialgia, dispnéia e hipotensão em diálise podem ser precipitadas por bactérias ou produtos bacterianos cuja origem pode estar na água, no reuso, ou mesmo nas soluções de infusão venosa.

Na perspectiva de Schaffler e Menche (2004: 298) existem outras complicações igualmente importantes durante a hemodiálise que seriam:

- (...) Problemas hemodinâmicos graves;
- Edema cerebral, devido a eliminação rápida de ureia e à diminuição da osmolaridade (...)
- (...) Hipocalémias
- (...) Reações alérgicas (...) aos constituintes da membrana
- (...) Infecções no shunt com perigo de formação de abscessos e sepsis.
- Devido a heparinização do sangue, há risco de hemorragia, sobretudo no local de punção (pressão arterial). Ao contrário, também pode ocorrer trombose do shunt.

1.3 A Biossegurança em hemodiálise

Falar da biossegurança é falar de medidas que previnem e reduzem os riscos nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, e que de acordo com Oppermann e Pires (2003: 5):

A biossegurança é um processo funcional e operacional, de fundamental importância em serviços de saúde, não só por abordar medidas de Controle de Infecções para proteção da equipe de assistência e usuários em saúde, mas por ter um papel fundamental na promoção da consciência sanitária, na comunidade onde actua, da importância da preservação do meio, na manipulação e no descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes e da redução geral de riscos à saúde e acidentes ocupacionais. A biossegurança é um processo progressivo, que não inclui conclusão em sua terminologia, pois deve ser sempre atualizado e supervisionado e sujeito a exigência de respostas imediatas ao surgimento de microrganismos mais resistentes e agressivos identificados pelas notificações epidemiológicas da Equipe de Controle Epidemiológico da SMS⁵.

No local de trabalho, é imprescindível a segurança da instituição, dos empregados e dos utentes. Desta forma, Bolick et al. (2000: 10) explicam que “no ambiente de trabalho, você deve sentir-se seguro e estar seguro”, pois, a segurança é indispensável para a vida, e faz parte das importantes necessidades básicas do Homem. Deste modo, Frederico e Leitão (1999: 22) explicam as necessidades humanas, dizendo que:

Em 1943 Abraham Maslow formulou o seu conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. Considerou que as pessoas são motivadas pelo desejo de satisfazer conjuntos específicos de necessidades. Distinguiu entre cinco necessidades básicas comuns a todos os indivíduos e dispostas segundo uma hierarquia, respectivamente:

⁵ Segurança Mundial da Saúde (Traduzido pela investigadora).

- Necessidades Fisiológicas
- Necessidades de Segurança
- Necessidades Sociais
- Necessidades de Auto-estima
- Necessidade de Auto-Realização

Actualmente os profissionais de saúde, na prestação de cuidados aos utentes, portadores do vírus da Imunodeficiência Humana (AIDS), do vírus da Hepatite e de tuberculose, entre outros, demonstram mais interesse na sua segurança pessoal (Bolick et al., 2000: 4). Sendo assim, a segurança dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, passa pela “(...) profilaxia das infecções, assim como evitar lesões lombares, quedas, acidentes com substâncias químicas, exposição a radiação e acidentes (...) com agulhas, (...), e outros objectos perfurantes contaminantes (...)” (*Ibidem*).

Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, em alguns serviços sofrem muita pressão, que os mesmos autores acima referidos, justificam e apontam a consequência desta pressão, na medida que, segundo afirmam “a pressão cada vez maior no sentido de realizar mais tarefas em menos tempo e com menos ajuda é um factor que contribui para os riscos enfrentados pelos empregados na instituição de assistência á saúde” (*Ibidem*).

Desta forma, é relevante salientar, que aumentar o horário de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, e com uma sobrecarga de funções desempenhadas no mesmo serviço ou em serviços diferentes pelo mesmo profissional, além de ser um risco à sua saúde, podem gerar sentimentos de insatisfação, acompanhado por um nível proporcional de stresse. E esse stresse, que é gerado no local de trabalho propicia o aumento e a frequência dos acidentes (*Ibidem*).

Não se pode falar das intervenções de enfermagem, sem referir a assepsia, pois esta constitui um dos principais pilares da biossegurança em saúde.

Ao falar da hemodialise *versus* biossegurança é fundamental frisar da prevenção das infecções, pois, segundo Barril (2007: 3):

A infecção é a segunda causa de morte depois da cardiovascular (CV) nos pacientes em Hemodiálise. Sua prevenção deve ser um dos objectivos primários. É causa frequente de mortalidade e entre 10% e 25% de mortalidade. Factores favorecedores ou agravantes são:

- 1) Idade avançada.
- 2) Diabetes mellitus.
- 3) Tempo em dialise.
- 4) Anemia grave.

5) Desnutrição⁶.

A segurança em hemodiálise passa pela segurança do espaço, dos profissionais e dos utentes. Para falar de biossegurança em hemodiálise é preciso primeiramente definir o que é a segurança a nível do local de trabalho, que de acordo com Bolick et al. (2000: 1), “ (...) significa não correr riscos, estar confiante e incólume, sem qualquer dano”.

Segundo de Barril (2007: 8-9), existem medidas de segurança que os profissionais de saúde devem utilizar para a sua protecção, tais como: “utilização de vestimenta adequada (bata, mascaras); Manipular com cuidado os objectos cortantes e elimina- los em contentores rígidos; Utilização de protecção específica se existe risco de salpicaduras”⁷

No entanto, existe também medidas preventivas praticadas pelos profissionais (enfermeiros) em prol do doente dialisado, tais como:

Responsabilizar os pacientes do seu cuidado referente à compressão do ponto de punção e lavagem da extremidade portadora da fistula; lavagem das mãos (...); desinfecção habitual dos circuitos dos monitores; depois da sessão, limpar e desinfectar os utensílios utilizados pelos pacientes, antes de ser guardados ou utilizados por outro paciente (*Ibid*: 9) ⁸.

Todas estas medidas fazem parte da biossegurança praticada nas sessões de hemodiálise, cujo objectivo é prevenir e diminuir casos de infecções no ambiente hospitalar.

Sendo assim, é importante o controlo das infecções, principalmente nos doentes em hemodiálise, pois, segundo o mesmo autor (2007: 3):

Os pacientes com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise têm a imunidade deprimida, o que os torna mais sensíveis às infecções. Por uma parte, podem contrair infecções fora da unidade e, por outro, a unidade pode favorecer a transmissão nosocomial de algumas infecções como as virais (1, 2, 3, 4) ⁹.

No entanto, a protecção nos serviços de saúde, não é apenas para os utentes mas também para os profissionais, pois, de acordo com Oppermann e Pires (2003: 9) “(...) na rotina de trabalho sempre devemos estar conscientes da importância de nos

⁶ Traduzido pela investigadora.

⁷ Traduzido pela investigadora.

⁸ Traduzido pela investigadora.

⁹ Traduzido pela investigadora.

protegermos ao manipularmos materiais, artigos, resíduos e ambiente sujos de sangue e/ou secreções”.

Várias áreas de trabalho, incluindo as de hemodiálise e seus procedimentos, podem ser susceptíveis a infecções, contudo, podem também ser fontes ou meio de transmissão de infecção, pois, de acordo com Nunes (s/ data: 29) as:

(...) Áreas de trabalho, críticas são aquelas onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde são realizados procedimentos invasivos, como laboratórios de diagnóstico e análises clínicas, salas de cirurgia e parto, unidade de tratamento intensivo, (...), salas de hemodiálise, lactários, (...).

Entretanto, é importante realçar que a estrutura do espaço constitui um aspecto fundamental para a segurança dos profissionais, como também dos utentes, bem como a prevenção de infecções. Desta forma, Bolick et al. (2000: 29) afirmam que “(...) um local de trabalho mais seguro para os profissionais de saúde também pressupõe condições mais seguras e terapêuticas para os pacientes”.

A segurança dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, deve estar intrínseca em todas as suas actividades e/ou procedimentos realizados, independentemente da área de trabalho, no entanto, existem áreas em que os cuidados devem ser redobrados, por exemplo a hemodiálise.

1.4 A Hemodialise *versus* os procedimentos de enfermagem

Sendo um trabalho de investigação em enfermagem, achou-se pertinente descrever a função da equipa de enfermagem nas sessões de hemodiálise.

A enfermagem tem um papel crucial em saúde e principalmente em diálise, pois, esta presta cuidados indispensáveis ao doente, no entanto, é necessário um devido treinamento e especialização, pois, na perspectiva de Schaffler e Menche (2004: 298), “durante a diálise, os doentes são acompanhados por enfermeiras especializadas e treinadas”. Desta forma, os mesmos autores ainda defendem que nos cuidados prestados aos doentes dialisados, devem-se ter muito rigor, pois:

Os cuidados com o shunt englobam, a par do controlo diário da sua função através da palpação e da auscultação (...), verificação da ocorrência de sinais de infecção, dores ou hematomas. A área da pele em torno do shunt é limpa diariamente com água e sabão. O peso e a tensão arterial do doente são controlados diariamente. Deve prestar atenção às

ocorrências de complicações hemorrágicas devido ao tratamento com medicamento anticoagulantes. Conforme a actividade física do doente considera-se adequado um aporte calórico diário 30-35 kcal/kg (...) (*Ibid*: 298-299).

Ainda é importante ressaltar que, de acordo com Schaffler e Menche (2004: 298-299), não se deve “(...) colher sangue nem medir a tensão arterial no braço com o shunt! Não usar roupas apertadas ou ligaduras compressivas (excepção: ligaduras compressivas nas hemorragias do shunt e a seguir à diálise)”.

Nos diferentes tipos de Acesso Vascular, para a hemodiálise, é fundamental as Intervenções de enfermagem, pois Phipps, Sands e Marek (2003: 1691)¹⁰ explicam os cuidados de enfermagem em caso de:

- **Fístula e Enxerto arteriovenoso:** Avaliar a permeabilidade da fístula ou enxerto através da palpação do frémito ou da auscultação do corpo; Ensinar o doente a evitar a compressão das fístulas através de roupas apertadas ou transporte de objectos como o braço pendente; (...) a avaliar a fistula em relação a sinais e sintomas de infecção que inclui a dor, a hiperemia (...).
- **Derivação externa arteriovenosa:** avaliar a permeabilidade do acesso (...), pois a derivação é a fonte potencial da infecção.
- **Cateterização da veia femoral:** a técnica asséptica é essencial quando se trabalha com cateteres. Lavar com uma solução de heparina para manter a permeabilidade.
- **Cateterização da veia subclávia:** avaliar o doente com frequência relativamente a hemorragias do local de inserção e a infecção.

De acordo com Brunner e Suddarth (2000: 988) (cit. *in* Branco e Ranciaro, s/ data: 11) dividem em três partes as etapas dos cuidados de enfermagem em hemodiálise:

Pré-hemodiálise: Orientar o paciente quanto ao seu tratamento e a importância de sua cooperação; controlar sinais vitais, peso, observar o estado físico, presença de edema e alterações da pressão arterial; observar concentrações e temperatura da solução dialisadora; verificar o funcionamento da máquina e preparar todo material necessário para instalar a hemodiálise.

Trans-hemodiálise: Controlar sinais vitais a cada 30 minutos e sempre que necessário; ficar atento quanto ao funcionamento da máquina e temperatura da solução dialisadora; proporcionar ambiente tranquilo e confortável não deixando o cliente sozinho; administrar medicamentos conforme prescrição; ficar atento para possíveis efeitos colaterais e não administrar medicações IM devido a heparinização.

¹⁰ **Nota:** Extraído da tabela de Indicações e Implicações em Enfermagem para os Principais Tipos de Acesso Vascular para Hemodiálise (Phipps, Sands e Marek, 2003: 1691).

Pós-hemodiálise: Verificar os sinais vitais e o peso; realizar compressão na FAV com força suficiente para evitar sangramento e permitir a passagem do sangue, observando a formação do coágulo de acordo com o tempo de sangramento e de coagulação; observar o estado geral do paciente, condições de deambulação e se precisa de repouso; orientar quanto à importância da dieta e das medicações, realizar limpeza da máquina e esterilização do dialisador com as respectivas linhas arterial e venosa e manter a unidade em ordem.

São vários os autores que defendem e indicam os procedimentos de enfermagem nas sessões de hemodialise, no entanto, optou-se por ter como referência os autores Fuentes, León, Pulido e Cobo (2006), como intuito de explicar os referidos procedimentos¹¹.

A actuação da enfermagem em hemodialise é vasta e passa por diferentes aspectos, isto é, constitui um processo que deve ser exercido de forma correcta, segura e responsável.

A função da enfermagem deverá começar por atestar que os monitores de hemodiálise encontram-se em óptimo estado de funcionamento, isto é, que não houve presença de erros mecânicos e que foram limpos e desinfectados correctamente (Fuentes, León, Pulido e Cobo, 2006: 331).

No entanto, os cuidados (precauções) em si não passam apenas pela certificação do funcionamento dos monitores e suas posterior desinfecção, já que, o enfermeiro deve fazer montagem e o **preenchimento** do circuito de HD, neste particular:

O objectivo é duplo: a) eliminar do dialisador e circuito extracorpóreo o ar e as substâncias usadas na fabricação e processo de esterilização (resíduos tóxicos) e eliminar substâncias habitualmente gordas que impedem a conservação de algumas fibras, e b) impregnar as substâncias com o fim de aumentar sua elasticidade e resistência a roturas. A membrana ficará assim **preenchida** com uma solução soro salino heparinizado e preparado para seu uso (*Ibid.*: 331).

O enfermeiro para além de verificar o funcionamento dos monitores e sua desinfecção deve montar e lavar o circuito de hemodiálise (*Ibid.*: 331-332).

Em relação à **preparação do utente**, “os cuidados de enfermagem antes da sessão consistem em uma serie de manobras em relação como a participação do paciente e outras exclusivas da enfermeira” (*Ibid.*: 332).

¹¹ Também é de se referir que o material utilizado está numa língua estrangeira, (espanhol), mas que foi traduzida (as partes referidas no trabalho) pela própria investigadora, contudo em casos de dúvidas recorreu-se à orientadora da mesma, na medida que esta tem como língua oficial o espanhol.

No que toca a preparação do utente:

Ao entrar na sala de diálise, (...) deve lavar-se a extremidade portadora do acesso vascular com sabão antiséptico. O peso do paciente deve realizar-se (...). Intende-se que a roupa que leva o paciente seja homogénea (...), para que não haja erro no peso pré-HD, pós-HD e interdiálise. Antes de começar a sessão, se levará a cabo a avaliação dos parâmetros vitais:

-Temperatura.

-TA: antes de começar (...)

-Frequência cardíaca. (Fuentes et al., 2006: 332- 333).

É importante ressaltar que todos os dados recolhidos deverão ser registados, dado que, servirão de comprovativos e de diagnóstico durante o decorrer da sessão de hemodiálise (*Ibid.*: 333).

Em relação à **preparação do pessoal de enfermagem** os referidos autores (2006: 333) defendem que os enfermeiros devem lavar as mãos e devem fazer a “colocação de máscaras, luvas, protector ocular e bata (segundo o protocolo de cada unidade e nível de isolamento de cada paciente). Aplicar as medidas universais de isolamento segundo se requerem em cada momento”.

Os cuidados de enfermagem no início da sessão de hemodiálise passam por diferentes etapas começando com o autocuidado com acesso vascular, pois, “a enfermeira/o deverá desenvolver uma função pedagógica com o paciente e ensinar-lhe a importância do autocuidado do seu acesso vascular” (*Ibid.*: 333).

No que toca a preparação dos **acessos vasculares**, é importante ressaltar que a o enfermeiro deve “avaliar o estado da fístula tanto visual (...) como tátil (...) e auditivo (...)” (*Ibidem*). Igualmente o enfermeiro deverá fazer a “preparação do material necessário: luvas, gases e campo estéreis, agulhas (...). Preparação do campo estéril com máximas condições de assepsia na zona que vai puncionar. Deve-se desinfetar a zona da punção com solução desinfectante” (*Ibidem*).

Um outro ponto importante é a preparação do utente **portador de um cateter de hemodialise**, pois, “é extremamente importante as medidas de assepsia na manipulação para evitar complicações (infecções, ...)” (*Ibidem*).

Entretanto, constitui-se um aspecto importante a ser retratado, a **preparação do gráfico e programação**, na medida que, “o objectivo de uma correcta programação de hemodiálise é conseguir uma diálise adequada, segura e confortável, e uma perda de líquidos de acordo a pauta de cada paciente” (*Ibid.*: 334).

A conexão de cateteres para hemodiálise, na óptica de Fuentes et al. (2006: 334) “trata-se da conexão do paciente ao circuito de hemodiálise através de um cateter venoso central”.

Tendo conectado o utente ao circuito, existem passos/aspectos importantes que o enfermeiro deverá seguir num processo dialítico, e que são explicados da seguinte forma:

- Informar o paciente sobre a técnica que se vai realizar.
- Posicionar o paciente em decúbito supino (...)
- Usar máscaras para o paciente, desinfetante, campos e luvas estéreis.
- Pinçar o ramo arterial do cateter ou verificar que a pinça incorporada no cateter está bem fechada.
- Retirar o tampão que fecha a luz arterial e conectar uma seringa vazia, despinçar e aspirar (2-3 ml) para retirar possíveis coágulos, heparina e comprovar a permeabilidade do cateter. Pinçar o ramo arterial novamente.
- Conectar uma seringa com solução salina fisiológica (10 ml), despinçar e introduzir o soro para lavar o ramo e manter limpo o ramo. Pinçar o ramo arterial.
- Repetir o mesmo procedimento com o ramo venoso.
- Proceder a conexão (...).
- Rodear as conexões do cateter com gases como medida de protecção.
- Assegurar as linhas para evitar tracções (...).
- Certificar que os materiais utilizados são colocados em contentores apropriados.
- Quando a permeabilidade do cateter não é adequada, comunica-se ao médico e/ou segue-se o protocolo previsto em cada unidade para sua desobstrução.
- Os fluxos de sangue devem ser similares ou ligeiramente inferiores a os obtidos como uma fístula arteriovenosa, para que a diálise seja aceitável (*Ibid.*: 335).

Após seguir os passos acima indicados, o enfermeiro faz a conexão do utente com o monitor a fim de dar início ao processo dialítico (*Ibidem*). No entanto, deverá ter atenção num importante aspecto: o consentimento do utente, pois, deverá “(...) informar o paciente sobre a técnica que se vai realizar” (*Ibid.*: 336).

É importante ressaltar que:

Para conseguir uma boa qualidade da sessão de hemodiálise e bom estado do paciente, é fundamental o seguimento deste por parte do pessoal de enfermagem. Este seguimento centra-se nos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise e na resolução das complicações que se apresentam ao longo da mesma (*Ibidem*).

Isto é, há que salientar que o sucesso da hemodiálise depende fortemente do trabalho da equipa de enfermagem, pois, esta é responsável tanto pelo utente, como pelos procedimentos que são realizados no decorrer das sessões de hemodiálise.

Desta forma, tendo o enfermeiro conectado o utente ao monitor começa a diálise, pois, segundo Fuentes et al. (2006: 336) o enfermeiro deverá fazer o controlo da “(...) tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC), depois do início da sessão de hemodiálise e posteriormente cada hora e sempre que o requer o estado do paciente”. A temperatura constitui um outro ponto a ser controlado e, “(...) avalia-se o início da diálise e sempre que o requer o estado do paciente” (*Ibidem*). Também são controlados os “(...) parâmetros do monitor que intervêm na diálise: fluxo sanguíneo, pressão arterial, venosa e pressão (...)” (*Ibidem*). Um outro aspecto relevante a ser considerado é a “administração do anticoagulante se estiver prescrito” (*Ibidem*).

O controlo dos parâmetros do utente e do monitor deverão ser feitos ao longo da diálise e no término desta o enfermeiro deverá devolver o sangue para o utente e desconecta-lo do monitor. Pois:

Ao finalizar a sessão de hemodiálise há que devolver a maior quantidade de sangue possível do circuito extracorpóreo ao paciente, através da agulha venosa de retorno. A actuação e cuidados de enfermagem na desconexão do paciente do monitor de hemodiálise dependerão do tipo de acesso vascular do que são portadores (*Ibid.*: 337).

Para fazer a desconexão de um utente portador de cateter venoso central, serão necessários vários materiais, entre os quais “(...) campos, gases, luvas estéreis, solução desinfetante iodada, (...), solução de retorno, adesivo, (...)” (*Ibid.*: 339).

O primeiro procedimento será:

Informar o paciente sobre a técnica a ser realizada, deverá também colocar uma máscara ao utente. (...). Situar o paciente numa posição cómoda para colaborar nas manobras de desconexão, se seu estado lhe permite, e para facilitar as manobras do pessoal de enfermagem (*Ibidem*).

Para desconectar o utente assim como para conectar (referidos anteriormente) existem passos importantes a ser seguidos, e que são descritas da seguinte forma:

- Para o retorno do sangue procede-se da mesma maneira que se tratara de uma fístula arteriovenosa para desconexão de uma linha de cateter.
- Troca-se as luvas usadas no retorno por luvas estéreis.
- Prepara-se o campo estéril para a manipulação do cateter.

- Desconecta o ramo arterial e venoso do cateter das linhas.
- Com duas seringas estéreis de 10 ml e com solução salina lavam-se ambos os ramos do cateter.
- Introduz-se heparina ou anticoagulante no ramo arterial e venoso (...).
- Coloca-se tampinhas *luer-lock* nas terminações de cada ramo do cateter.
- Envolve-se os ramos do cateter em gases estéreis impregnados numa solução desinfectante (...).
- Coloca-se o adesivo estéril que deve cobrir e proteger todo o cateter (...). Em caso das mulheres, deve-se evitar fixar o adesivo nas mamas, pois pode produzir tracções do cateter e incorporar-se (*Ibidem*).

Após ter seguido os passos e ter desconectado o utente, de acordo com Fuentes et al. (2006: 340) é desmontado “(...) as linhas e o dialisador segundo as normas de biossegurança” e “(...) procede-se a limpeza e desinfecção do monitor” (*Ibidem*).

Sendo assim, o enfermeiro deverá:

(...) Realizar os controlos dos parâmetros pós-hemodiálise, medição da pressão arterial, (...). Frequência cardíaca e temperatura, (...). Administra-se a medicação oral prescrita. Finalmente pesa-se o paciente e comprova-se se foi conseguido o objectivo programado (...). Por último o pessoal de enfermagem deve assegurar-se de que o paciente abandona a unidade de diálise em bom estado e sem alterações hemodinâmicas que poderão acusar-lhe complicações uma vez fora da unidade (*Ibidem*).

Contudo, durante a diálise, é importante não só a técnica, os procedimentos dos profissionais de saúde, mas também o estado psicológico do utente que de acordo com Delgado (2005: 203) “(...) às primeiras sessões de diálise (...) o doente pode reagir de formas distintas: manifestando apatia ou mesmo alheamento face às exigências impostas pela diálise ou evidenciando ansiedade marcada e reacções de pânico (...)”. Desta forma, é importante o controlo e orientação da enfermagem tanto ao utente como à família.

Importa referir que todos os passos, os procedimentos acima indicados fazem parte e são exercidas pelos enfermeiros que trabalham nas sessões de hemodiálise, no Hospital Baptista de Sousa, independente das condições da sua execução. No entanto, esses aspectos, relacionados com as condições de trabalho dos profissionais de saúde que trabalham nas referidas sessões serão retratados no próximo capítulo.

CAPÍTULO II: OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2. A Metodologia

Para falar do método utilizado é relevante definir a **Metodologia**, que na perspectiva de Prodanov e Freitas (2013: 126): “método científico é o conjunto de processos ou operações mentais que devemos empregar na investigação. É a linha de raciocínio adotada no processo de pesquisa”. Entretanto, definir metodologia, pode proporcionar alguma dificuldade, devido a sua complexidade e a especificidade do problema. Assim sendo, Caville e Dionne (1996: 39) (cit. *in* Fortin, 2009: 38), dizem que:

A partir do momento em que a investigação é centrada num problema específico, é em função deste problema específico que o investigador escolherá a abordagem mais apta, no seu entender, para ir na direcção da compreensão vivida. Poderá ser uma abordagem quantitativa, qualitativa ou mistura das duas.

Desta forma, optou-se por fazer uma abordagem essencialmente qualitativa, e que na perspectiva de Fortin (2009: 37) “(...) a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista à elaboração de teorias”. Isto é, usando o estudo qualitativo, referente ao tema de estudo, poderá saber e explorar os fenómenos e/ou problemas relacionados com a biossegurança em hemodiálise, bem como alargar a compreensão sobre o mesmo.

Nesta perspectiva, optou-se também por fazer um estudo exploratório com o intuito de explorar o fenómeno, isto é, a problemática identificada, indicada no início do trabalho.

O estudo exploratório, segundo Prodanov e Freitas (2013:127) “(...) visa proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito ou construindo hipóteses sobre ele”. Desta forma, com este estudo, pretende-se familiarizar com a hemodiálise tendo em conta suas vertentes, relacionando-a com a biossegurança.

Para realçar, é importante referir que recorrer a um estudo exploratório de natureza qualitativa em enfermagem, implica procurar descobrir as estruturas significativas das experiências vividas pelos profissionais, que compõem as equipas de enfermagem (Queiroz, Meireles e Cunha, 2007: 43). Sendo assim, pretende-se explorar de forma significativa as experiências vividas pelos profissionais de saúde que trabalham nas sessões de hemodiálise no HBS, fazendo com estes indiquem seus constrangimentos no trabalho, realçando seu maior desafio no mesmo.

As pesquisas exploratórias, de acordo com Gil (1989: 44):

(...) Têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de casos.

Neste âmbito, recorreu-se a pesquisas bibliográficas, e que na perspectiva de Prodanov e Freitas, (2013:127), é “(...) concebida a partir de materiais já publicados (...)”, com o intuito de fundamentar a investigação, como já referido anteriormente.

Nesta perspectiva, é importante ressaltar que as pesquisas bibliográficas têm sua particular relevância no que toca a fundamentação dos dados ou informações recolhidas, ou seja:

(...) A finalidade da pesquisa científica não é apenas um relatório ou uma descrição de fatos levantados empiricamente, mas o desenvolvimento de um caráter interpretativo no que se refere aos dados obtidos. Para tal, é imprescindível correlacionar a pesquisa com o universo teórico, optando por um modelo que sirva de embasamento à interpretação do significado dos dados e fatos colhidos ou levantados. (...) (*Ibid.*: 131).

Tendo em conta a citação alusiva às pesquisas exploratórias, na presente investigação, deu-se o levantamento das informações através das entrevistas Semi-estruturadas, que serão expostas mais à frente, contudo, para complementar a investigação, foram utilizadas algumas informações relevantes, adquiridas a partir da observação participante da investigadora, e que de acordo com Gil (1989: 107-108):

A observação participante, ou a observação ativa, consiste na participação real do observador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí por que se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo.

Um outro ponto bastante importante a ser referido é o tipo de observação a ser utilizada, neste caso a observação artificial, pois, a observação é “artificial, quando o observador se integra ao grupo com o objectivo de realizar uma investigação” (*Ibid.*:108). Sendo assim, a investigadora integrou-se no serviço de UCE, no âmbito do Ensino Clínico Profissional, com a finalidade de obter maiores conhecimentos acerca da

hemodiálise e da actuação dos profissionais (particularmente da enfermagem) no mesmo.

Em suma, pretende-se investigar a problemática identificada utilizando dados adquiridos através das entrevistas, bem como, valorizar informações pertinentes adquiridas através da observação participante da investigadora ao longo do Ensino Clínico Profissional. Contudo, para dar maior ênfase à investigação utilizar-se-á pesquisas bibliográfica, isto é, o “universo teórico”, para dar maior sustentabilidade ao trabalho, servindo de base na interpretação dos dados e de factos recolhidos.

Em relação à **questão de investigação**, anteriormente referida, Fortin (1999: 101) define como: “(...) enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada”. No entanto, a autora ainda afirma que:

Se não existem ou existem poucos estudos científicos, nem teorias que possam apoiar o estudo, o investigador enuncia então questões gerais em lugar de tratar de relações entre as variáveis. Por exemplo, questões mais gerais convêm à abordagem qualitativa (*Ibidem*).

Portanto, salienta-se o facto de a hemodiálise constituir-se uma técnica recente em Cabo Verde e precisamente em São Vicente, não existem estudos relacionados com a hemodiálise, que possam apoiar e permitir o estabelecimento de relação entre as variáveis, sendo assim, recorreu-se a uma questão geral. Neste âmbito, achou-se pertinente levantar a seguinte pergunta de partida, ou seja, a questão de investigação (referida no início do trabalho): **De que forma as condições físicas podem influenciar nos procedimentos realizados pelos profissionais, em relação ao doente dialisado?**

E para responder a esta questão foram traçados objectivos, anteriormente referidos, que serviram de orientações referentes aos aspectos a serem estudados. Pois, as questões de investigação “(...) decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar” (*Ibidem*).

Para uma melhor compreensão do contexto de realização do estudo/ investigação realizar-se-á a caracterização do campo empírico, isto é, o campo de pesquisa utilizado.

2.1 O Campo empírico

Para a caracterização do campo empírico utilizou-se as informações adquiridas através da observação participante da investigadora.

O **campo empírico** escolhido para a pesquisa foi a Unidade de Cuidados Especiais (UCE) do HBS, onde é executado as sessões de hemodiálise. Gauthier, Cabral, Santos e Tavares (1998: 14) definem o campo da pesquisa “(...) como um lugar determinado onde o pesquisador estaciona, ou se debruça ao caminhar na pesquisa”.

O espaço onde é efectuado as sessões de hemodiálise, encontra-se anexado ao UCE, no entanto, sabendo que é um espaço improvisado, é utilizado apenas para tratamentos em casos considerados agudos, isto é, é utilizado para um alívio do doente, até que este seja evacuado para o estrangeiro, precisamente para Portugal, ou até quando este recuperar a sua função renal. As sessões de hemodiálise são realizadas nesse espaço desde 2010.

O espaço não tem camas próprias, apenas uma cama que é utilizada habitualmente. Neste espaço encontram-se: dois (2) aparelhos ou máquinas de hemodiálise, um (1) aparelho de ultrafiltração, duas (2) máquinas de tratamento de água.

Não é definido o número de utentes a serem submetidos às sessões de hemodiálise, pois, dependerá da disponibilidade dos profissionais de saúde e do número de doentes que necessitam deste tratamento, de forma urgente. No entanto, é definido os dias de sessões dependendo das necessidades dos utentes, que poderão ir de um período diário a duas (2) vezes por semana, sendo direccionado aos doentes internados ou em regime ambulatorio.

Actualmente, trabalham nas sessões de hemodiálise uma equipa composta por: um (1) (a) médico (a) nefrologista¹², quatro (4) enfermeiros e dois (2) técnicos de manutenção, contudo nenhum destes trabalha exclusivamente em hemodiálise.

¹² Utiliza-se “o (a)” para não especificar ou mesmo, para evitar a identificação do profissional de saúde.

2.2 A Metodologia de recolha de informações

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, num período de tempo compreendido entre o mês de Maio a Junho de 2014, através da utilização de entrevistas semi-estruturadas, e com auxílio de um guião de entrevistas (ver Anexo 4).

De acordo com Carmo e Ferreira (1998: 125) o guião de entrevista é concebido a partir de “(...) questões mais precisas que aplicaria a uma (...) população-alvo (...)”.

Foi escolhido a entrevista como método de recolha de informações, pois, na perspectiva de Fortin (1999: 236) “a entrevista é um modo de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”. Neste mesmo âmbito, pretende-se aplicar entrevistas Semi-estruturada ou semi-diretiva, e que para Assis (s/data: 29) nas “entrevistas Semi-estruturada ou semi-diretiva - o pesquisador estabelece um roteiro não fixo de perguntas que pode sofrer alterações no todo ou em parte, no momento da entrevista”.

Optou-se pela entrevista, pois, na perspectiva da investigadora seria a melhor técnica de recolha de dados que permitiria uma maior obtenção das informações, referentes à vivência, à perspectiva e à acção dos sujeitos do estudo.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho (no mesmo hospital) dos inqueridos, tendo a duração compreendida entre 10 a 30 minutos, no entanto, com uma ampla flexibilidade dos limites. Ocorreram-se de forma individual, dando ênfase a peculiaridades de cada um dos inqueridos, valorizando todas informações adquiridas, bem como, a interacção entre a entrevistadora e os entrevistados em diversas situações.

2.3 Os Sujeitos do estudo

Em relação aos **sujeitos do estudo**, como anteriormente referido, foram inqueridos seis (6) profissionais de saúde, entre eles encontra-se, médico (a), enfermeiros, e técnicos biomédico que constituem a única equipa que trabalha actualmente nas sessões de hemodiálise do HBS, realizadas na UCE, do mesmo hospital.

Na perspectiva de Patton (1990) (cit. in José, 2002: 69):

O número de sujeitos de estudo será determinado pelo atingir da redundância de informação (o não acrescentar de nova informação) ou saturação de campo, no entanto quando existem

constrangimentos de ordem temporal pode o investigador determinar o número mínimo de sujeitos cujas informações cubram razoavelmente o fenómeno em estudo.

Sendo assim, a citação acima referida explica o número de sujeitos inquerido, isto é, foi utilizado um número mínimo de inqueridos pelo facto de constituírem a única equipa que trabalha nas sessões de hemodiálise, contudo, pretende-se que as informações adquiridas cubram o fenómeno em estudo.

Como anteriormente indicado, as entrevistas tiveram lugar nos meses de Maio e Junho de 2014, no horário de trabalho dos sujeitos, contudo teve-se a preocupação de não interferir e nem prejudicar o desempenho laboral dos sujeitos, assim sendo, os horários de encontro para a recolha de informações foram pré-definidas pelos próprios sujeitos do estudo. Também, deve-se ressaltar que todos os aspectos éticos referentes à pesquisa foram devidamente cumpridos e respeitados.

2.4 Os Aspectos éticos

Para definir a ética, recorre-se a Fortin (1999: 114) que define:

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

A pesquisa foi autorizada pela Comissão Ética do referido hospital (HBS) (Anexo 1), em resultado de um pedido de autorização (Anexo 3), anteriormente solicitada, para a realização da mesma.

Os inqueridos receberam toda a informação sobre a pesquisa e seus objectivos, e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo 2), disponibilizando assim, informações de forma livre e autónoma, pois, de acordo com Fortin (1999: 120) “o consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais”. E a mesma autora salienta que “(...) para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos” (*Ibidem*).

O termo de consentimento foi disponibilizado em duas vias, uma direccionada ao sujeito inquerido/informante e outra à investigadora. O referido documento, foi

constituído pelas seguintes informações: o tema de pesquisa; o modo de recolha dessas informações; os esclarecimentos sobre a sua participação, bem como, a liberdade de renúncia a qualquer momento, não acarretando qualquer prejuízo para os mesmos; e a garantia das informações serem utilizadas somente para os fins da pesquisa, pautando pelo anonimato, sigilo e confidencialidade.

É importante ressaltar que as entrevistas foram gravadas em áudio, e foram posteriormente transcritas na íntegra, atribuindo assim códigos: parêntesis com reticências (...) para indicar: as pausas e as interrupções nas falas dos sujeitos entrevistados, e ainda para assinalar as partes omissas que podem possibilitar a identificação de cada um deles.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, foram atribuídos nomes fictícios aos mesmos, sendo identificados por alguns planetas do sistema solar (Vénus, Terra, Marte, Júpiter, Saturno e Urano).

3. A Apresentação e a Interpretação dos Resultados

Nesta fase, são apresentados o perfil ou caracterização dos sujeitos/participantes do estudo e os resultados obtidos, bem como, a análise e/ou interpretação dos mesmos, que debruçar-se-á igualmente, sobre os discursos, de uma forma individual e particular, distinguidos em diferentes categorias (explicadas mais à frente), posteriormente fundamentados por uma base teórica.

Para tratar os dados das entrevistas, utilizar-se-á a **técnica de análise de conteúdos**, pois, de acordo com José (2002: 79) “a análise de dados é cerne de toda a investigação (...) mas reveste-se de grande complexidade e dificuldade”.

Berelson (1954: 13) (cit. in Gil 1989: 163) define a análise de conteúdo como: “uma técnica de investigação que, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”.

Sendo assim, Fortin (1999: 306) esclarece que, “(...) a análise dos dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha de informadores ou participantes e às diligências para a colheita de dados”.

Fortin (2009: 379), numa outra obra, defende a finalidade da técnica de análise de dados, referindo-a como forma de:

(...) Medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras ou de certos factos e acontecimentos. Ordena-se acontecimentos por categorias, mas as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas e predeterminadas pelo investigador.

Desta forma, remete a uma profunda e abrangente apresentação e interpretação dos resultados, dando ênfase às categorias pré-determinadas pela investigadora. Isto é, após a leitura e transcrição das entrevistas, foram organizadas e agrupadas as respostas/discursos dos sujeitos em temáticas, sendo elas: **a biossegurança e o controlo de infecção (1ª temática) e a hemodiálise e os profissionais da área (2ª temática)**. No entanto, estas por sua vez, dividem-se em categorias, em que a primeira divide-se em: **conceito da biossegurança, conhecimento e utilização das medidas de biossegurança e infecções em doentes dialisados**. A segunda por sua vez divide-se em: **factor condicionante das sessões de hemodiálise, satisfação dos profissionais, desafios nas sessões e aspectos positivos e negativos da hemodiálise em São Vicente**.

Estas categorias foram construídas com base nas leituras, identificação e agrupamento das partes consideradas semelhantes, com o objectivo de uma interpretação e uma melhor abordagem da problemática identificada.

Para uma melhor apresentação e interpretação dos resultados forma atribuídos códigos às perguntas/questões “P” utilizadas no guião de entrevista (Anexo 4) e aos sujeitos “S” seguidos dos seus respectivos nomes fictícios.

3.1. Caracterização dos sujeitos do estudo

No que toca a descrição geral dos sujeitos, foram inqueridos no total 6 profissionais de saúde que compõem a equipa que trabalha nas sessões de hemodiálise, realizadas no HBS, entre eles 4 são do sexo feminino e 2 são do sexo masculino, com a faixa etária compreendida entre os seguintes intervalos: 2 compreendidas entre 30 a 40 anos de idade, 3 compreendidos entre 45 a 50 anos e 1 maior que 50 anos.

Referentes às habilitações académicas: 2 têm complemento de Licenciatura, 2 estão a fazer o complemento, e dos restantes, 1 tem especialidade e o outro tem curso geral. Em relação à categoria profissional, uma maioria exercem função de enfermeiro geral e uma minoria exercem funções de médico especialista e de técnico de biomédico.

No que se refere, ao tempo de actividade profissional: 3 estabelecem o tempo compreendido entre 20 a 30 anos de serviço, 2 entre 1 a 10 anos e 1 entre 12 a 20 anos.

E em relação ao Tempo de Actividade Profissional em hemodiálise (TAP): 3 têm 4 anos de serviço, e os restantes 3 têm TAP compreendida nos intervalos de 0 a 1 ano.

Um outro item importante a ser registado, constitui-se o facto de a maioria possuírem formação na área de hemodiálise e uma minoria terem especialidade na mesma área.

Algo relevante a ser ressaltado no presente trabalho, constitui o facto, de apesar de existirem diversos autores que falam da biossegurança e da hemodiálise, são tomados como referência na interpretação dos resultados os seguintes autores: Bolick et al. (2000), Barril (2007) e Lugon, Matos e Warrak (2003). Contudo, é de salientar que é igualmente valorizado a presença dos demais autores referidos ao longo da interpretação.

Desta forma, serão apresentados e interpretados as seguintes temáticas, as suas categorias e suas respectivas subcategorias.

3.2. A Biossegurança e o controlo de infecção

A escolha desta temática dá-se pelo facto de agrupar os discursos relacionados com a segurança e o controlo das infecções. Sendo assim, esta temática foi dividida em três categorias – **conceito da biossegurança, conhecimento e utilização das medidas de biossegurança e infecções em doentes dialisados**. Esta temática é descrita pelos sujeitos do estudo como: todas as medidas que devemos ter para manter um ambiente seguro, constituindo-se prioridades, e as técnicas aplicadas para controlo de infecções são as que aprenderam no curso geral.

Categoria 1: Conceito de biossegurança

Foi definida como uma categoria, uma vez que, sentiu-se a necessidade de saber o nível de conhecimento, sobre o conceito da biossegurança por parte dos sujeitos do estudo.

Esta categoria remete ao significado da biossegurança, pois, é algo que deve ser preservado em todos os serviços, principalmente nos serviços de saúde, dado que, nestes encontram-se expostos não só os profissionais, como também, os utentes. Falar da biossegurança de uma forma geral, é falar de medidas de segurança que previnem e evitam os riscos, sejam de acidentes ou de infecções.

Em relação à questão, sobre o significado da biossegurança, colocada aos sujeitos, constatou-se que a maioria tem uma noção vaga do seu significado, mostrando-se ansiosos e com alguma dificuldade em responder a essa questão (P1 Anexo 4), no entanto, apenas uma das respostas aproximou-se do seu significado: “*São todas aquelas medidas que devemos ter em conta de forma a manter seguro o nosso ambiente de trabalho (para os trabalhadores de saúde e para os pacientes)*” (P1, S Úrano). Tendo aproximado do significado definido por Nunes (s/ data: 4), é relevante referir que este define a biossegurança como “(...) acções de padronização, prevenção e cautela durante trabalhos na área de saúde (...)” e ainda defende que constitui uma “(...) área do conhecimento que tem como objectivo desenvolver acções que possam contribuir para diminuir riscos inerentes às atividades das diversas áreas da saúde” (*Ibidem*).

No entanto, Marchi e Nazário (2007: 27) trazem uma definição mais ampla e coerente, definindo-a como:

Conjunto de acções voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às actividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviço, que pode comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos.

Tendo o conhecimento da definição da biossegurança, constitui-se imprescindível saber as medidas que esta envolve, isto é, as medidas de biossegurança que ajudam a diminuir e a prevenir os riscos à saúde tanto dos profissionais de saúde, como dos utentes.

Categoria 2: conhecimento e utilização das medidas de biossegurança

Em relação a esta categoria, foram agrupadas desta forma, com intuito de ajudar na interpretação dos resultados referentes aos conhecimentos das medidas de biossegurança, bem como a sua utilização. Esta categoria foi dividida em duas partes:

1. Conhecimento sobre as medidas (adquiridos durante as formações em hemodiálise)

As medidas de biossegurança devem ser prioridades a serem ensinadas em qualquer curso ou formação (seja superior ou profissional) da área da saúde, pois a falta ou o não conhecimento das medidas de assépsia e de segurança no local de trabalho constitui um risco à saúde, tanto dos profissionais como dos utentes.

A formação em hemodiálise para os diferentes sujeitos, contribui para uma ampla aquisição de conhecimentos práticos e teóricos sobre a hemodiálise, no entanto, no que se refere à biossegurança, as respostas dos sujeitos em relação à questão (P2, Anexo 4), são em partes iguais divergentes, e são apresentadas nos seguintes discursos:

“Muito..., no hospital onde trabalhei era prioridade...biossegurança em termos de dialise, em termos de doente, em termos de pessoal mesmo, para executar, ... mesmo era prioridade...” (P2, S Vénus).

“Sim (...) Durante a formação (...) nós fomos instruídos de como trabalhar com doente infectado e não infectado, e nós sabemos todas as técnicas (...), aquelas seguranças que devemos lidar com eles” (P2, S Terra).

Divergências

“Não, nossa formação era somente prática, técnicas de trabalho em hemodiálise, mais nada, não tivemos nenhuma aula teórica, o pouco que sabemos da teoria foi pesquisa que nos mesmos realizamos e retiramos da internet (...)” (P2, S Saturno).

“Não foi propriamente uma formação, simplesmente foi um estágio de preparação, nós não tivemos uma formação específica (...), com aulas teóricas, foi só observação e trabalho manual” (P2, S Júpiter).

O que remete considerar que existiu lacunas nas formações de alguns sujeitos, na área de hemodiálise e precisamente nos aspectos relacionados com a biossegurança na área referida, isto é, deverão ser dadas mais atenção às formações, no sentido de abrangerem mais a vertente teórica, e não limitando-se apenas a vertente prática. E é nesta linha de pensamento que Bolick et al. (2000: 189) defendem que “os profissionais de saúde (...) devem ter conhecimentos gerais sobre transmissão das doenças e como evitar sua disseminação”. Os autores ainda acrescentam que “os profissionais precisam saber quais os riscos potenciais (doenças infecciosas ou microorganismos) aos quais podem estar expostos no trabalho, bem como onde poderiam sofrer tais exposições” (*Ibid.*: 190).

2. Utilização das medidas de biossegurança

As medidas de biossegurança, como anteriormente referidas são prioridades na área da saúde, pois, o controlo das infecções, a transmissão das doenças e sua disseminação dependem fortemente dessas medidas. E em hemodiálise, essas medidas devem constar-se em todas as práticas, uma vez que, o enfermeiro ou mesmo os profissionais da saúde, que trabalham nas sessões (de hemodiálise) lidam directamente

com materiais biológicos, neste sentido Barril (2007: 8) defende que “todo pessoal que trabalha numa unidade de hemodiálise, seja de saúde ou não, é potencialmente veículo de infecção, e tem que conhecer as medidas de precauções (...)”¹³. Sendo assim, o autor indica algumas:

(...) Medidas protectoras que deve utilizar o profissional (...):

- Utilização da vestimenta adequada (bata, luvas, máscaras).
- Manipular com cuidado os objectos pontiagudos e cortantes e eliminar em contentores rígidos.
- Utilização de protecção específica (máscaras) se existe risco de salpicaduras (*Ibid*: 8-9)¹⁴.

As medidas indicadas pelos sujeitos do estudo, vão de encontro com a teoria, isto é, com as medidas indicadas pelo autor acima referido, que podem ser detectadas nos seguintes discursos:

“As medidas que utilizamos é usar luvas estreis, máscaras, gorro, na hora de inserção de cateter, (...) usar bata estéril, campo estéril, tudo estéril, e doente precisamente tem que estar com uma máscara também, e aquelas assepsias (...)” (P3, S Terra).

“(...) Parâmetros devem estar naqueles níveis exigidos (...) se não tiverem nos níveis exigidos (...) parâmetros de dureza de água, nível de PH, cloro, condutividade (...)” (P5, S Marte).

“(...) Trocar as luvas sempre que se termina um procedimento e se passa a outro (...)” (P3, S Úrano).

Apesar dos sujeitos demostram-se alguma hesitação e dificuldade em apontar as medidas de biossegurança pode-se afirmar que, os mesmos têm conhecimentos acerca das medidas de biossegurança, que devem ser utilizadas durante a hemodiálise.

Desta forma, Bolick et al. (2000: 153) vêm reforçar aspectos importantes relacionados com as medidas de biossegurança, afirmando que “as máscaras e os protectores faciais e oculares ajudam a proteger as mucosas dos olhos, do nariz e da boca contra a exposição ao sangue ou líquidos corporais, que podem borrifar, salpicar ou pulverizar sua face”.

¹³ Traduzido pela investigadora.

¹⁴ Traduzido pela investigadora.

Sendo assim, é essencial o conhecimento dessas medidas de biossegurança, pois, a exposição aos materiais biológicos constitui-se um grande risco à saúde dos profissionais e dos seus familiares, como dos doentes dialisados, na medida que, as infecções cruzadas apresentam-se como um dos importantes meios de transmissão de infecções.

Categoria 3: As infecções em doentes dialisados

No que concerne, a esta categoria, foi criada no intuito de reunir todos os discursos, por parte dos sujeitos, referentes às infecções e ao risco de as contagiar. No entanto, devido a uma diversidade de informações, optou-se por dividir esta categoria em duas subcategorias: **existência de normas de controlo de infecções** e **aspectos contribuintes para as infecções**.

Subcategoria 3.1: Existência de normas de controlo de infecções

Esta subcategoria teve a origem a partir de uma das questões (P4, Anexo 4) do guião de entrevista, e foi definida com intuito de reunir todos os discursos relacionados com as normas de controlo de infecções.

Os discursos dos sujeitos/participantes demonstram a existência de uma outra lacuna, no que toca à prática de hemodiálise, pois, não existem normas que regulamentam a acção dos profissionais, principalmente dos enfermeiros (que trabalham directamente e em maior parte do tempo com os utentes), bem como, as medidas de biossegurança aplicadas na hemodiálise. Essas constatações podem ser detectadas nos seguintes discursos, que respondem á questão (P4, Anexo 4) relacionada com a existência de normas de controlo de infecções:

“Não, aqui não tem (...) não ...” (P4, S Terra).

“Não tem, nós simplesmente como enfermeiros temos a nossa técnica que aprendemos no curso que nós sabemos os cuidados de devemos ter com a assepsia, portanto são aquelas normas que aplicamos (...)” (P4, S Júpiter).

“Não, não existe nenhuma norma mesmo” (P4,S Saturno).

A existência de uma norma de conduta nos serviços de saúde e principalmente em hemodiálise ajuda fortemente no controlo e prevenção de acidentes e infecções, tanto por parte dos profissionais como dos utentes. Cada serviço de saúde deve conter suas regras/normas de conduta, pois, além de ajudar na prevenção e controlo dos acidentes e

infecções, demonstra a preocupação da instituição em querer preservar a saúde e a integridade (no seu sentido lato) dos seus funcionários e dos utentes.

E é neste sentido que, Bolick et al. (2000: 189) afirmam que, “os profissionais de saúde devem conhecer as medidas apropriadas a serem tomadas, caso sejam infectados, bem como as restrições ao trabalho com pessoas infectadas - ou saber como ter acesso a essas normas”.

Pois, ainda os mesmos autores complementam que, “a segurança dos funcionários é uma responsabilidade conjunta, pois a direção da instituição e sua equipe têm responsabilidades quanto aos diversos aspectos da segurança no local de trabalho” (*Ibid.*: 1).

Um outro aspecto detectado nos discursos dos sujeitos é o facto de alguns destes sentirem-se inseguros no local de trabalho, no que toca as sessões de hemodiálise, o que é claramente expresso no discurso do seguinte sujeito:

“(...) Nós temos muita mazela aqui dentro deste Cuidados Especiais, depois somos adaptados aqui, portanto normalmente eu não me sinto segura em fazer dialise aqui, (...)” (P3, S Vénus).

Esse sentimento de insegurança constitui um aspecto que deve ser analisado com bastante atenção por parte da instituição empregadora, no entanto, os aspectos relacionados com o espaço serão abordados a seguir na segunda subcategoria.

Porém, a preocupação com a sua segurança, constitui-se algo que vem aumentando entre os profissionais de saúde, pois:

Hoje em dia, os profissionais de saúde estão mais interessados em sua segurança pessoal, principalmente acerca dos riscos implícitos ao cuidado dos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (AIDS), do vírus da hepatite B e de tuberculose (*Ibid.*: 4).

E os mesmos autores (2000: 31), ainda sublinham que “à medida que a prática da assistência à saúde torna-se mais sofisticada, os profissionais de saúde precisam estar mais conscientes dos riscos potenciais para si próprios e para seus pacientes”.

O sentimento de segurança está directamente ligado ao bem-estar dos profissionais e portanto, uma melhor actuação no campo da saúde, nesta perspectiva Bolick et al. (2000: 31) explicam que, quando os profissionais sentem-se “(...) mais seguros e saudáveis sofrem menos estresse profissional e têm mais tempo para se concentrarem-se nas necessidades dos pacientes. Isto, por sua vez, resulta em uma assistência mais segura e mais eficaz para o paciente”.

O conhecimento dos riscos, por parte dos profissionais de saúde, principalmente da classe da enfermagem, contribui imensamente para que estes provoquem menos erros ou acidentes, que podem pôr em risco a sua saúde ou a do utente, na medida que, a prevenção de infecções e de acidentes constitui-se prioridades.

Subcategoria 3.2: Aspectos contribuintes para as infecções

A resposta à questão, alusiva à relação entre o espaço físico e o aparecimento das infecções (P10, Anexo 4), embora, não havendo um estudo comprovativo, teve um resultado unânime, isto é, todos os sujeitos concordaram que o espaço físico onde é realizado as sessões de hemodiálise favorece o aparecimento das infecções. E que poderá ser detectado nos descuros dos respectivos sujeitos:

“A favor de, e de que maneira, e mesmo eu já tive de recusar fazer uma hemodiálise, em que tinha um doente de tuberculose pulmonar ao lado, (...) porque para mim era um risco, que eu estava a colocar ao doente, se você está consciente disto, porque é que vais avançar, (...), nós temos alto risco” (P10, S Vénus).

“Sim. Porque esse espaço não reúne as mínimas condições de assépsia, visto que está dentro do serviço de Cuidados Especiais, onde se internam doentes com várias patologias” (P10, S Terra).

“Sim, porque primeiro, não temos um espaço adequado para colocação de cateter (deve ser um espaço de como mínimo de assépsia possível) e depois os nossos pacientes que já estão imunodeprimidos estão em contacto com outros pacientes que têm diferentes patologias e portanto predispostos a serem infectados” (P10, S Úrano).

Os utentes submetidos à hemodiálise, além da sua patologia, têm a imunidade alterada, isto é, diminuída, o que proporciona uma maior facilidade na transmissão de infecções, no entanto, este factor pode ser agravado caso o espaço físico, ou seja, o meio onde é realizado as sessões favoreça essa transmissão. Pouco pode-se falar em biossegurança quando o próprio local de trabalho constitui-se um risco à saúde tanto dos seus funcionários, como dos utentes. E é desta forma que, Barril (2007: 2) fundamenta a apreciação feita dos discursos dos sujeitos do estudo, afirmando que:

Os pacientes com enfermidade renal crónica (ERC) na hemodiálise (HD) apresentam uma imunidade alterada que pode favorecer infecções. Por outra parte, nas unidades de hemodiálise a transmissão nosocomial horizontal das infecções fundamentalmente virais é

um eixo, pelo que é necessário prevenir transmissão utilizando as precauções universais e realizando isolamento quando é indicado¹⁵.

Bolick et al. (2000: 1) ainda esclarecem o papel da instituição (do local de trabalho), em relação à segurança e o controlo das infecções, pois, declaram que “(...) evitamos riscos assegurando-nos de que a instituição na qual os pacientes recebem tratamento e os profissionais de saúde é segura e livre de riscos”.

Sabendo a importância da prevenção de infecções hospitalares e ambientais, e em particular atenção à unidade de hemodiálise, em que lidam directamente com materiais biológicos, os referidos autores (2000: 5) defendem que:

A protecção dos funcionários e pacientes gira em torno da prevenção de infecções hospitalares e ambientais, de infecções resistentes aos antibióticos e de infecções causadas pelos microrganismos transmitidos pelo sangue, bem como a identificação dos pacientes contagiosos.

Ao longo dos discursos é detectado não só a preocupação com o espaço onde é realizado as sessões, mas também, a preocupação no que toca ao controlo e manutenção das máquinas e dos aspectos relacionados com a hemodiálise, pois, afirmam a não existência de um controlo bacteriológico regular no serviço e que pode ser constatado no seguinte discurso: “(...) *Eu acho que devia ter controlo bacteriológico, devia ter talvez de 3 em 3 meses ou 6 em 6 meses... não tem*” (P4, S Marte).

Este aspecto constitui uma das outras lacunas encontradas em todo o processo da hemodiálise, pois, o controlo bacteriológico e a manutenção devem ser algo contínuo, contudo, não obstante os utentes terem a imunidade diminuída, como foi citada anteriormente, o ambiente hospitalar e a forma de controlo das infecções influenciam fortemente na transmissão das mesmas.

Fala-se da importância de um controlo bacteriológico, na medida que, um dos causadores das infecções nos doentes dialisados constitui-se a água utilizada nos processos dialíticos, pois, de acordo como Lugon, Matos e Warrak (2003: 875):

A composição da água utilizada para consumo é bastante variável na dependência de sua origem, e alguns dos seus componentes “normais”, podem ser tóxicos aos pacientes em hemodialise. Como exemplo, uma água rica em cálcio e magnésio pode causar a “síndrome da água dura” e concentrações elevadas de sódio podem causar distúrbios osmólares.

¹⁵ Traduzido pela investigadora.

Sendo assim, um controlo bacteriológico constitui-se fundamental para o despiste e prevenção de possíveis infecções nos doentes dialisados.

No que toca à manutenção da segurança dos equipamentos, Bolick et al. (2000: 3) afirmam que “os equipamentos que os profissionais de saúde usam em seus pacientes devem ser conservados limpos, organizados e em boas condições de uso”, entretanto, “as exigências relativas à manutenção da segurança em cada tipo de serviço de assistência à saúde variam de acordo com o tipo de trabalho realizado” (*Ibid.*: 10), o que implica uma manutenção periódica dos equipamentos utilizados em hemodiálise.

Pois, “a segurança da instituição também depende do uso dos equipamentos apropriados e da manutenção preventiva e reparos” (*Ibid.*: 2).

Tendo criadas as condições ideais, ou mesmo aceitáveis, exalta nos profissionais uma maior satisfação e motivação, melhorando assim, a sua actuação ou assistência na prática da hemodiálise.

3.3. A hemodiálise e os profissionais da área

Esta temática foi definida com o intuito de reunir todos os discursos referentes à prática da hemodiálise, bem como, os que demonstram a perspectiva dos profissionais relativamente à sua satisfação e aos desafios vivenciados pelos mesmos, dando ênfase ao maior factor condicionante, isto é, ao factor que dificulta os procedimentos nas sessões de hemodiálise na Unidade de Cuidados Especiais.

Desta forma, esta temática foi dividida em quatro categorias, sendo elas: **factores que condicionam as sessões de hemodiálise, satisfação dos profissionais, desafios nas sessões e aspectos positivos e negativos da hemodiálise em São Vicente**, que os sujeitos descreveram a mesma, referindo que: o espaço de trabalho, os equipamentos e os materiais são factores que condicionam as sessões de hemodiálise e que provocam alguma insatisfação nos profissionais de saúde (que trabalham em hemodiálise). Entretanto, constitui-se um desafio lidar com o espaço e garantir um serviço de qualidade.

Categoria 1: Factores que condicionam as sessões de hemodiálise

Esta categoria foi concebida a partir de uma das questões do guião de entrevista (P6, Anexo 4), com o objectivo de agrupar discursos referentes ao factor ou factores que

possam condicionar ou dificultar os procedimentos ou prática dos profissionais que trabalham nas sessões de hemodiálise, isto é, pretende-se com esta categoria dar a conhecer o maior causador de constrangimentos durante as sessões.

Os factores apontados pelos sujeitos do estudo podem ser detectados nos seguintes discursos:

“O espaço onde nós trabalhamos, equipamentos, materiais, (...), o principal factor seria o espaço, direccionado só para diálise, era o que gostaríamos, porque (...) tem risco constantemente para o doente (...) é um cateter é que está ligado totalmente no coração, portanto deveríamos ter um espaço muito mais fechado, mais restrito, (...) muitas vezes nós temos doentes que são contagiosos ao lado (...)” (P6, S Vénus).

“... Nós não temos um espaço adequado, nós não temos um ambiente adequado (...)” (P6, S Terra).

“Aquele espaço, que contribui negativamente para o funcionamento de hemodiálise, (...) os sucessivos alarmes e até bloqueamento das máquinas. Implica perda de acessórios e mudança de máquinas” (P6, S Marte).

“(...) O espaço físico, que é pequeno onde (...) cabe duas camas (...), onde tem uma circulação de pessoas não ligada a hemodiálise que não é recomendável, (...), é uma janela que fica direccionada para a casa mortuária (...), e aquela luminosidade também deveria ter uma observação mais cuidadosa” (P6, S Júpiter).

“É o espaço e uma escala para a hemodiálise, pois até ainda não temos (...)” (P6, S Saturno).

“Não ter um espaço adequado” (P6, S Úrano).

Foram apresentados os discursos de todos os sujeitos com o intuito de dar a conhecer claramente, os factores indicados por cada um deles, mostrando o factor dominante.

Através destes discursos pode-se constatar que são vários os factores indicados pelos sujeitos, no entanto, existe um que predomina, que é o factor **espaço físico**, isto é, segundo os sujeitos, o espaço ou o ambiente físico dificulta fortemente o procedimento realizado durante as sessões de hemodiálise, pois, além do facto de ser um local pequeno, encontra-se anexado a uma Unidade de Cuidados Especiais.

E é nesta perspectiva que, Bolick et al. (2000: 2) defendem que “(...) o prédio e o local de trabalho em que os profissionais de saúde realizam suas tarefas devem ser adequados e seguros do ponto de vista estrutural”. E ainda estes autores acrescentam

que o profissional deve estar “(...) atento a problemas potenciais existentes em sua área, para que possa relatá-los ao seu supervisor ou ao departamento apropriado” (*Ibidem*).

Além do espaço, são indicados factores como materiais, equipamentos, sucessivos alarmes e bloqueamento das máquinas, circulação de pessoas não ligada a hemodiálise, janela direccionada para a casa mortuária, a luminosidade e a escala de trabalho dos profissionais, principalmente dos enfermeiros. Sendo assim, os mesmos autores acima referidos defendem a forma de organização do espaço de trabalho, mencionando que:

As áreas de trabalho devem atender as exigências de construções relativas ao espaço, ao imobiliário, isolamento com chumbo, electricidade e protecção contra incêndios. A manipulação criteriosa da ventilação, da iluminação e das saídas também deve ser incluída na segurança do local de trabalho. As superfícies de trabalho devem ser suficientemente resistentes para servir ao uso pretendido e fáceis de limpar (*Ibidem*).

Esses factores indicados pelos sujeitos demonstram-se claramente a dificuldade que os profissionais têm enfrentado ao longo desses anos (a hemodiálise é realizada há 4 anos em São Vicente) e os sujeitos demonstram-se nitidamente o seu descontentamento, dizendo que: “(...) *Já tem 4 anos que pedimos um espaço adequado para hemodiálise*” (P1, S Saturno).

Esta constatação, acerca das dificuldades, evidencia a falta de condições físicas, de condições ideais para a prática de hemodiálise, e que passa pela falta de espaço para os equipamentos e vai até a própria localização do mesmo. Sendo assim, os referidos autores afirmam que, “em condições ideais, as instituições devem ter decoração atraente e dispor de áreas de armazenamento adequadas, que promovam a segurança evitando o acúmulo de equipamentos nos corredores” (*Ibidem*), e desta forma proporcionar a satisfação tanto dos profissionais que trabalham no referido espaço, como dos utentes.

Categoria 2: Satisfação dos profissionais

Esta categoria foi definida também, a partir de uma das questões do guião de entrevista (P7, Anexo 4) e que está directamente relacionada com um dos objectivos traçados para este estudo. Foi criada (a categoria) com o objectivo de saber se as condições de trabalho trazem satisfação para os profissionais que trabalham nas sessões de hemodiálise.

Desta forma, são apresentados todos os discursos dos sujeitos do estudo, com o intuito de dar a conhecer a percepção de cada um dos mesmos:

“Não para mim não traz” (P7, S Vénus).

“Não. Porque as condições do serviço são escassos, e não existe uma unidade própria para hemodiálise” (P7, S Terra).

“(…) As condições não são satisfatórias porque as vezes faltam uma coisa, outras vezes outras, o espaço é muito pequeno, tudo isso dificulta muito” (P7, S Marte).

“Não, não traz satisfação, primeiro porque (...) um horário para a escala que não é compatível para nós, o tempo não é compatível com o horário de outras de outro serviço (...) o que torna difícil conciliar os dois turnos (...) disponibilidade do hospital também para nós não há, também o espaço físico (...) não estamos de acordo com este, (...) e condições monetárias” (P7, S Júpiter).

“(…) Não trazem satisfação e nem para os doentes” (P7, S Saturno).

“Não, porque não temos um serviço, pois um serviço tem médicos, enfermeiros, espaço próprio e as vezes torna-se difícil trabalhar com as limitações de espaço, material, medicamentos (...) e até mesmo recurso humano” (P7, S Úrano).

Através destes discursos pode-se constatar que as condições de trabalho dos profissionais não trazem satisfação para os mesmos, constituindo um resultado unânime e que têm como principais motivos dessa insatisfação, o espaço onde é realizado as sessões, a falta de materiais e o horário/escala de trabalho.

Um dos sujeitos referiu-se a insatisfação do doente (P7, S Saturno), um aspecto relevante a ser considerado, no entanto, a percepção dos doentes dialisados não constou-se da pesquisa/investigação. Contudo, constitui-se um aspecto pertinente ou mesmo uma outra linha de investigação e que poderá ser retomada num outro estudo ou trabalho de investigação, com o intuito de ser dada a devida atenção e/ou abordagem.

Algo também constatado a nível das entrevistas e dos discursos dos sujeitos é a insatisfação relacionada com as condições monetárias e pelo facto de não trabalharem exclusivamente em hemodiálise, e essas afirmações podem ser detectadas nos seguintes discursos:

“Nenhum de nós trabalha exclusivamente em hemodiálise, nós trabalhamos em outros sectores e temos de ser liberados para trabalhar ou nas horas vagas que combinamos a escala com as nossas horas vagas (...) ” (P9, S Júpiter).

“(…) Nós não trabalhamos exclusivamente na hemodiálise, apenas fazemos extras, e é um extra é escrito no papel mas na realidade nós somos obrigados a fazê-lo,

nós nunca somos dispensados para fazer diálise, nós fazemos nas nossas horas vagas, e se estivermos com vela ou tarde veremos de manhã (...) e se estivermos de folga chamam-nos para vir (...)” (P5, S Saturno).

“(...) no fim das contas não somos remunerado adequadamente” (P7, S Saturno).

A satisfação e a motivação constitui-se os dois pilares importantes em qualquer função exercida, e principalmente em saúde o sucesso na aplicação de diversas técnicas e procedimentos não depende somente do conhecimento do funcionamento das mesmas, mas também, depende do grau de motivação e da sua satisfação profissional. Pois, um profissional só consegue exercer com maior êxito sua profissão quando nele reina o sentimento de satisfação profissional e de motivação.

Nesta óptica, Monteiro e Queirós (1994: 213) definem a motivação:

(...) Como uma força interna que orienta o nosso comportamento, tendo em vista determinado fim. Esta força interna, que podemos designar por impulso ou motivo, mobiliza a energia do organismo dirigindo-a para determinado objecto ou situação do meio.

No mesmo prisma, os autores acima mencionados (1994: 223), recorrem-se a teoria dos dois factores de Herberg, para explicarem os factores que influenciam o comportamento das pessoas e o seu grau de motivação, indicando:

- Factores de satisfação ou motivação.
- Factores de insatisfação, de manutenção ou “higiénicos”.

Os factores de satisfação são intrínsecos ao trabalho, estão relacionados com a natureza das tarefas que os indivíduos realizam com o conteúdo do cargo que desempenham. Envolve sentimento de reconhecimento profissional, auto-avaliação, responsabilidade e progresso.

Os factores de insatisfação são extrínsecos ao cargo, embora com ele relacionado. Estão ligados como ambiente que envolve o trabalho, com as condições em que decorre, isto é, com o contexto de trabalho.

Desta forma, pode-se observar através da referida citação, que essa insatisfação dos sujeitos, gerada principalmente pelo factor espaço tem um fundamento teórico, isto é, a falta ou inadequadas condições de trabalho podem gerar nos profissionais sentimentos de insatisfação e por conseguinte um nível maior de stresse, assim sendo, deverá ser dado a devida atenção por parte dos responsáveis (da instituição) a esse factor.

Pois, segundo Monteiro e Queirós (1994: 223) “um bom ambiente de trabalho, evitando a insatisfação, impede que o desempenho normal seja prejudicado por (...), atrasos e hostilidade”.

Embora as condições de trabalho não sejam as melhores, os profissionais (sujeitos do estudo), declaram que a técnica da hemodiálise em si é praticada, no Hospital Batista de Sousa, da mesma forma que se pratica num centro de diálise, porém não garante a biossegurança do mesmo (de um centro de diálise). Esta constatação pode ser detectada no discurso do seguinte sujeito:

“A técnica de hemodiálise, nós temos que aplica-la seja numa enfermaria para diálise ou em outro qualquer espaço, temos todo o procedimento feito num centro de hemodiálise, os procedimentos para o doente e máquinas não alteram em nada o nosso problema é o horário e um espaço adequado e que não trazem satisfação e nem para os doentes” (P7, S Saturno).

O facto de os sujeitos do estudo praticarem a hemodiálise, tendo em conta o seguimento dos passos, indicados anteriormente no Enquadramento teórico, especialmente nos procedimentos de enfermagem em hemodialise, demonstra claramente seus conhecimentos sobre a prática da mesma e sobre as condições que deve ser realizada. Sendo assim, justifica-se a preocupação dos sujeitos em ter melhores condições para a realização da hemodiálise.

Entretanto, a insatisfação nos locais de trabalho pode ser causada por diversos factores e que podem constituir verdadeiros desafios para os profissionais, principalmente os da área da saúde, pois, quando as condições do meio não são as mais favoráveis podem provocar uma certa desmotivação nos mesmos.

Categoria 3: Desafios nas sessões

Esta categoria remete a identificação dos maiores desafios vivenciados pelos profissionais que trabalham nas sessões de hemodiálise. Sendo assim, são apresentados os seguintes discursos dos sujeitos do estudo, relacionados com a categoria:

“Meu maior desafio agora é o espaço (...)” (P8, S Vénus).

“O maior desafio é proporcionar o bem-estar conforto e melhor qualidade de vida aos pacientes” (P8, S Terra).

“É garantir um serviço de qualidade e fazer o necessário para os pacientes se sentirem confortáveis e confiantes” (P8, S Marte).

“(...) Previsão, armazenamento e estocagem de matérias propriamente de São Vicente e um espaço físico próprio de hemodiálise, (...), ter uma equipa direccionada simplesmente para hemodiálise (...)” (P8, S Júpiter).

“Não temos um horário (...), e é claro que prejudica-nos (...)” (P8, S Saturno).

Através desses discursos pode-se afirmar que, os maiores desafios vivenciados pelos profissionais, que trabalham em hemodiálise constituem-se o lidar com a falta de um espaço adequado, a falta de um horário de trabalho próprio da hemodiálise e a falta de materiais.

As dificuldades relatadas pelos sujeitos estão directamente relacionadas com as condições materiais do serviço, sejam elas condições direccionadas para o funcionamento do mesmo, como também, condições direccionadas para o bem-estar e qualidade dos serviços prestados aos utentes. E é nesta linha de pensamento que Coéffé (1993: 94) afirma que “as condições materiais da organização influenciam sobre a nossa maneira de trabalhar (...)”. Isto é, as condições materiais influenciam fortemente o desempenho do profissional, pois, o local de trabalho (seja o espaço ou mesmo a própria organização do mesmo) tem um forte domínio sobre a capacidade psicológica, emocional, física e social do ser humano, e em saúde não constitui-se diferente.

No entanto, outros desafios foram apontados, nomeadamente a dificuldade em disponibilizar ou prestar um serviço de qualidade, que possa promover o conforto e a confiança ao doente dialisado. Esta constatação mostra a preocupação dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, em prestar um serviço com mais e melhor qualidade, em prol do bem-estar e da reabilitação do utente.

Falar da qualidade dos serviços prestados, implica disponibilizar um serviço que abrange todas as vertentes humanas, ou pelo menos, procura abrange-las, isto é, a vertente psicológica, emocional, física e social, suprimindo assim suas necessidades e em simultâneo, promover e preservar a qualidade de vida do utente.

Sendo o presente trabalho de investigação desenvolvida no âmbito da licenciatura em enfermagem, constitui-se pertinente referir o sentido que acarreta o conceito da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, aos utentes, em hemodiálise. Entretanto, falar da qualidade dos cuidados prestados, implica definir estratégias para a alcançar, pois, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros de Lisboa (2002: 5) “(...) a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado

para reflectir nos cuidados prestados”. E ainda, aludindo à qualidade nos cuidados prestados, a mesma Ordem (2002: 8) declara que:

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Tendo em conta os desafios vivenciados pelos sujeitos do estudo, constitui-se pertinente abordar as suas perspectivas no que toca a hemodiálise em São Vicente.

Categoria 4: Aspectos positivos e negativos da hemodiálise em São Vicente

Esta categoria está directamente relacionada com um dos objectivos traçados para este estudo (referido inicialmente) e tem como intuito dar a conhecer a perspectiva geral dos profissionais que trabalham nas sessões de hemodiálise, no que toca a uma avaliação global da técnica, na referida ilha, incluindo o ambiente físico onde esta é praticada.

Sendo assim, foram divididas os discursos referentes a esta categoria em dois aspectos: aspectos positivos e aspectos negativos; com o objectivo de clarificar a apresentação e a interpretação dos resultados.

1. Aspectos positivos

Em relação a estes aspectos são apresentados os seguintes discursos:

“É que actualmente os doentes renais têm mais tempo de vida” (P11, S Terra).

“Os pacientes já não correm o risco de morrer enquanto aguardam para serem evacuados” (P11, S Marte).

“(…) Temos disponível este serviço e mesmo que não tendo as condições a 100%, sabemos que estamos evitando a que se perdem vida” (P7, S Úrano).

O facto de os profissionais indicarem poucos aspectos positivos, demonstra claramente suas insatisfações perante a prática da hemodiálise no referido espaço, incluindo as condições que esta abrange, tanto para os profissionais como para os utentes. Desta forma, através dos discursos acima apresentados, pode-se constatar que os únicos aspectos positivos apontados pelos sujeitos constitui-se o facto de diminuírem as perdas humanas e de ajudarem na reabilitação e prolongamento da vida. Isto é, os

sujeitos do estudo preocupam e valorizam em maior grau, as vidas humanas que são salvas e a relação existente entre o próprio (os profissionais) e o utente, da mesma forma que valorizam este no seu todo, dando ênfase à relação interpessoal existente entre os mesmos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros de Lisboa (2002: 8) “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” e a mesma ordem acrescenta que, “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidade e na valorização do seu papel” (*Ibidem*). Tanto os enfermeiros como os outros profissionais de saúde devem ter esta preocupação, em estabelecer uma relação coerente e funcional com os utentes, valorizando-o e abrangendo-o no seu todo. Entretanto, com o aparecimento e/ou a melhoria das condições de prestação de serviços de saúde, e principalmente em hemodiálise, os profissionais devem estar atentos aos riscos que estão expostos, pois, Bolick et al. (2000: 31) explicam que “à medida que a prática da assistência à saúde torna-se mais sofisticada, os profissionais de saúde precisam estar mais conscientes dos riscos potenciais para si próprios e para seus pacientes”.

Desta forma, a actuação dos profissionais de saúde, e principalmente dos enfermeiros, deve centrar-se no utente, abrangendo este no seu todo, isto é, de forma holística, procurando o bem-estar, prevenindo e evitando assim os riscos à sua saúde.

2. Aspectos negativos

No que toca aos aspectos negativos, estes estão directamente relacionados com o espaço onde são realizados as sessões, e podem ser detectados nos seguintes discursos:

“Há muitas carências na área de manutenção. Não há aparelhos específicos para recalibração dos aparelhos, é preciso dum espaço próprio para esse serviço” (P11, S Marte).

“Negativo, são a proximidade de uma casa mortuária, um jardim de planta lá fora, com possibilidades de entrar poeiras no serviço, (...)” (P11, S Júpiter).

“(...) Não ter espaço próprio; não ter enfermeiros próprios; não ter capacidade para fazer uma hemodiálise com boa qualidade (3x semana); não ter medicamentos disponíveis para melhorar o estado geral do paciente. Não poder fazer uma

manutenção continua das máquinas de HD ou de preparação da água para hemodiálise (...)” (P11, S Úrano).

Através destes discursos, pode-se constatar que são vários os aspectos negativos apontados pelos sujeitos, e que vão desde a falta de uma manutenção regular a localização do espaço.

Os sujeitos realçam o facto de o serviço (onde se pratica a hemodiálise) estar à frente de uma casa mortuária e de ter um jardim de plantas à frente, como um potencial de risco à infecção nos doentes dialisados, pois, acreditam que essa aproximação poderá proporcionar algum risco para o doente, embora não tenha estudos que o possam comprovar. No entanto, Bolick et al. (2000: 7) defendem que “os factores ambientais podem causar infecções nos pacientes”, portanto a preocupação dos sujeitos de pesquisa com a exposição dos utentes durante as sessões de hemodiálise, o que constitui-se um aspecto pertinente, sabendo que, foi apontado pelos sujeitos como um dos aspectos negativos da prática da hemodiálise no Hospital Baptista de Sousa (HBS).

Em qualquer profissão, e principalmente na área da saúde, as dificuldades são inúmeras, e geram quase sempre uma certa insatisfação nos seus funcionários, no entanto, estes devem estar cientes dos riscos à sua saúde, a que estão expostos, pois de acordo com Bolick et al. (2000: 193) “os profissionais de saúde precisam saber como se proteger dos perigos potenciais conhecidos”.

Foi identificado um outro aspecto importante¹⁶, apesar de não ser retratado ao longo do trabalho, isto é, houve uma necessidade de fazer uma pequena referência, acerca dos resíduos produzidos nas sessões de hemodiálise realizadas no HBS, na medida que, não há uma triagem na recolha dos resíduos do serviço, e que estes por sua vez são posteriormente misturados com os resíduos provenientes de outras partes do mesmo serviço (UCE). Facto este, que deverá ser dado uma devida atenção por parte dos profissionais que trabalham em hemodiálise e não só, igualmente por parte da instituição, pois, o risco de contaminação e infecção em hemodiálise (incluindo seus resíduos) é grande e importante. Sabendo que os resíduos provenientes das sessões de hemodiálise pertencem ao grupo dos resíduos hospitalares de risco biológico, isto é, resíduos contaminados, os cuidados devem ser redobrados, e é nesta perspectiva que Costa et al. (2012/2013: 9) explicam que:

Ao grupo III pertencem todos os resíduos hospitalares de risco biológico, ou seja, todos os resíduos contaminados, suspeitos de contaminação ou com vestígios de sangue. Assim, são

¹⁶**Nota:** através da observação da investigadora.

colocados no grupo III os resíduos dos quartos de doentes infecciosos ou suspeitos e ainda das enfermeiras que cuidam deles, de salas de tratamento, salas de autópsia (...), de unidades de hemodiálise (...).

Contudo, os aspectos, referente aos resíduos hospitalares provenientes das sessões de hemodiálise terão mais atenção, e uma melhor abordagem numa outra oportunidade.

A hemodiálise em Cabo Verde, e precisamente em São Vicente, constitui uma mais-valia para a saúde e reabilitação dos doentes renais, na medida que, aumenta a sobrevivência dos mesmos, e na maioria dos casos com vista a uma posterior evacuação. No entanto, as condições de sua execução, isto é, da prática da hemodiálise deverão ser revistas e abordadas da melhor forma, pautando pela melhoria e segurança do serviço e pelo bem-estar e satisfação dos utentes e dos profissionais da área. Pois, de acordo com Bolick et al. (2000: 1):

A segurança da instituição, dos funcionários e dos pacientes é um processo inter-relacionado. Se a instituição for segura, seus empregados e também seus pacientes estarão em segurança. Se a segurança dos funcionários for mantida, não apenas os empregados, mas também os pacientes estarão seguros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de investigação teve como objectivo principal explorar a hemodiálise de uma forma geral, contudo, procurando incidir em maior e principal grau na opinião dos profissionais de saúde, que trabalham nesta área (no Hospital Baptista de Sousa), acerca de diversos aspectos interrelacionados com a prática de hemodiálise e com a biossegurança.

Apesar de, a hemodiálise ser uma técnica recente em Cabo Verde, particularmente em São Vicente, suscitou um grande interesse em saber o seu funcionamento, bem como os procedimentos que envolve, na medida que, constitui o método de substituição renal mais utilizado a nível mundial.

A inquietação no início do trabalho/investigação consistia em saber se as condições físicas, isto é, o espaço físico condicionava a prestação de cuidados e a realização de procedimentos, durante as sessões de hemodiálise, no entanto, reparou-se que o espaço influencia na prestação de cuidados e procedimentos em hemodiálise, na medida que, para além de influenciar nos procedimentos em si, gera diferentes sentimentos nos profissionais/sujeitos do estudo. Esses sentimentos podem prejudicar o desempenho dos sujeitos, na medida que, o espaço físico e as condições de trabalho geraram nos mesmos sentimentos de insegurança, de insatisfação e de incertezas.

A insegurança tem a origem, pelo facto de não considerarem o ambiente seguro (S Vénus), sem as devidas condições para a prática da hemodiálise, proporcionando assim riscos para a saúde tanto dos profissionais como dos utentes.

A insatisfação, por sua vez, segundo os sujeitos é gerada pelas condições de trabalho, pelo horário de trabalho e pela remuneração, pois, são defendidos pelos sujeitos como causas principais da própria insatisfação e da desmotivação no local de trabalho.

No entanto, o único aspecto considerado positivo, pelos sujeitos e que possa trazer uma certa satisfação para os mesmos, constitui-se o facto de contribuírem para a recuperação e reabilitação dos utentes.

Além da insatisfação, é gerado nos sujeitos o sentimento de incerteza, na medida que, questionam suas práticas no que toca a segurança, pois, chegaram mesmo (os sujeitos do estudo) a afirmar que, a prática da hemodiálise no UCE, constitui um **risco**, “(...) *Deveria ter um espaço para diálise (...) porque é um risco...*” (P3, S Vénus).

Além das condições de trabalho, os sujeitos acreditam que o espaço pode ser um potencial causador de infecções nos utentes dialisados, pois, além de declarem que o espaço não é o ideal, este fica anexado a uma Unidade (UCE) que recebe doentes com diferentes tipos de patologias. No entanto, apesar de tomarem fortes posições acerca do espaço no que toca às infecções, os sujeitos ponderam-se em certo ponto, devido a inexistência de estudos/investigações que possam afirmar a relação existente entre o espaço (onde é realizado as sessões) e o aparecimento das infecções nos doentes dialisados.

Respondendo à questão de investigação colocada no início do trabalho, no que toca às condições físicas, onde são realizadas as sessões de hemodiálise, pode-se afirmar que as referidas condições influenciam os procedimentos e cuidados prestados, na medida que, estas têm grande impacto na percepção dos profissionais que trabalham nas sessões de hemodiálise, isto é, quando as condições físicas (referenciadas anteriormente) geram sentimentos de insatisfação, de insegurança e de incertezas, influenciam fortemente o agir e o desempenho do profissional, independentemente da área de trabalho. Sendo assim, Maslow, referido numa das citações do referencial/enquadramento teórico, já defendia a hierarquia das necessidades, que influenciam o comportamento humano, sendo que a necessidade de segurança encontra-se na base conjuntamente com as necessidades fisiológicas.

A segurança sendo uma das necessidades inerentes ao ser humano, constitui-se parte fundamental de todas as suas actividades, principalmente o laboral, isto é, o Homem tem a necessidade de sentir-se seguro no seu local de trabalho, evitando assim os riscos à sua saúde.

Em relação aos objectivos traçados para este estudo/investigação, pode-se afirmar que, de uma forma geral foram alcançados, na medida que, foi possível conhecer as medidas de biossegurança utilizadas durante as sessões de hemodiálise na UCE, bem como as dificuldades mencionadas pelos sujeitos do estudo. Da mesma forma, foram identificados diversos desafios vivenciados, diariamente pelos mesmos e que estão directamente ligados à sua satisfação pessoal. Um outro ponto explanado são os aspectos positivos e negativos da hemodiálise em São Vicente, que teve como principal foco o espaço onde esta é praticada.

Apesar de, ter alcançado os objectivos, foi detectado aspectos pertinentes que relacionam directamente entre si as categorias definidas na apresentação e interpretação dos resultados. Pois, verificou-se que os desafios indicados pelos sujeitos aproximam-se

ou mesmo coincidem-se com os factores condicionantes identificados, o que remete afirmar que, os mesmos aspectos/factores que condicionam os procedimentos, geram a insatisfação e constituem os mesmos desafios para os sujeitos. Ou seja, através dos discursos referentes as respostas à questão (P8 Anexo 4) relacionada com os desafios nas sessões de hemodiálise, pode-se constatar que há uma aproximação entre as respostas dadas pelos sujeitos no que toca aos factores condicionantes das sessões (categoria 1, 2ª temática) e os desafios encontrados durante as mesmas (categoria 3, 2ª temática). Isto é, há uma certa dificuldade por parte dos sujeitos em compreender e referenciar os seus desafios ao longo das sessões, aspecto constatado pela investigadora não só através dos discursos mas também através da observação da expressão facial e da dificuldade em encontrar as palavras adequadas por parte dos sujeitos, no que toca à questão colocada, durante as entrevistas. Entretanto, para além dos desafios e os factores condicionantes da hemodiálise coincidirem-se, estes por sua vez, também coincidem-se com os aspectos negativos (da hemodiálise em São Vicente) apontados, o que leva a afirmar que abordar os aspectos negativos, referidos pelos sujeitos do estudo, significa reunir todos os aspectos, os desafios e os condicionantes que contribuem para a insatisfação como para a existência de dificuldades, previamente indicadas pelos sujeitos (nas anteriores categorias).

No entanto, não se pode minimizar a importância dessa constatação, ou seja, o facto de indicarem a maioria dos factores condicionantes das sessões como sendo os seus maiores desafios durante as mesmas, leva a constatar que os mesmos factores que condicionam as sessões constituem importantes desafios para os sujeitos, tornando-se relevantes aspectos a serem discutidos e resolvidos pelos responsáveis da instituição.

As Limitações

Pressupõem-se que as limitações encontradas ao longo da realização do trabalho foram ultrapassadas, na medida que, pretendeu-se abranger todos os aspectos referentes a hemodiálise, dando ênfase à classe da enfermagem, buscando sempre uma relação sustentável entre a teoria e a prática, relacionando assim a técnica com o ambiente em que esta é realizada.

No entanto, devido a natureza do tema, isto é, devido facto de a hemodiálise ser um técnica recente em Cabo Verde, e pouco explorada, suscita sérias dificuldades em encontrar referências credíveis e em quantidades representativas, pois, a falta de

referências, sejam de livros, de documentos ou de estudos, referentes à área estudada, dificulta as investigações.

Uma outra limitação, referente ao número reduzido de participantes na pesquisa/investigação, é justificado pelo facto de os sujeitos do estudo constituírem a única equipa que trabalha nas sessões de hemodiálise do Hospital Baptista de Sousa, isto é, compõem a totalidade dos profissionais de saúde que trabalham nas sessões de hemodiálise. Apesar de, ser um número reduzido, pretendeu-se mostrar de uma forma coerente e concisa a percepção de todos os profissionais que trabalham directamente nas sessões, no que concerne à hemodiálise e a biossegurança.

E por último, o factor tempo limitou em grande parte a elaboração do trabalho, pois, foi estendido mais do que o previsto, o tempo de realização das entrevistas, devido às actividades laborais dos entrevistados e vários imprevistos relacionados com as entrevistas.

Propostas

No decorrer do trabalho foram detectados algumas lacunas no que diz respeito a relação existente entre a hemodiálise e a biossegurança. Isto é, foram detectados as seguintes lacunas:

- Falta de regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise;
- Falta de normas de segurança e de controlo de infecções, direccionados para a hemodiálise;
- Ausência de manutenção e de um controlo bacteriológico, principalmente no que toca a água utilizada em hemodiálise;
- Formações em hemodiálise com fraca vertente teórica.

Para suprir as referidas lacunas, são apresentados as seguintes propostas:

- Elaboração de regulamentos técnicos que orientam e definem os procedimentos a serem realizados no serviço de hemodiálise;
- Elaboração de normas de segurança e de controlo de infecções, diminuindo assim o risco a infecções e acidentes tanto aos doentes como também aos profissionais de saúde;
- Manutenção e controlo bacteriológico de forma periódica;

- Formações em hemodiálise realizada igualmente de forma periódica, e que abrange tanto a vertente prática como a teórica, no que diz respeito a hemodiálise e principalmente a biossegurança.

Para além das propostas acima apresentadas, considera-se pertinente elaborar outras propostas que estejam directamente ligadas com a vertente científica, isto é, propor novas linhas de investigação inteiramente relacionados com a hemodiálise. Sendo assim, são apresentados as seguintes linhas de investigação:

- As etiologias da insuficiência renal, nos pacientes dialisados na região do Barlavento;
- As infecções nos doentes submetidos à hemodialise, principalmente no que toca as suas causas;
- Os custos socioeconómicos da prática em Cabo Verde e das evacuações para o estrangeiro;
- A qualidade da água utilizada nas sessões de hemodiálise;
- Percepção dos doentes dialisados no Hospital Batista de Sousa, acerca do atendimento e cuidados prestados;
- Resíduos provenientes das actividades hemodiálises.

É importante ressaltar que além de todas as propostas acima referidas, o foco principal desta investigação é o espaço, onde realizam-se as sessões de hemodiálise, pois, este deverá ser repensado e analisado, na medida que, cabe aos responsáveis da instituição tomar as devidas providências para solicitação de um melhor espaço para a realização da prática da hemodiálise.

Uma vez que, a hemodiálise quando realizada em espaço próprio, e com melhores condições, tanto para os utentes como para os profissionais, provocará uma melhor satisfação de ambas as partes, originando assim uma maior motivação e dedicação por parte dos profissionais que trabalham nesta área.

Portanto, a biossegurança deverá ser o pilar da hemodiálise, na medida que, não se pode falar em uma técnica dialítica segura, quando não existem ou quando não são respeitados as normas de segurança e controlo das infecções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSIS, Maria C. (s/ data). *Metodologia do Trabalho Científico*. (s/ local). Pdf.
2. AMADIO, Italo (Editor) (2002). *Dicionário de Termos Médico e de Enfermagem*. São Paulo.
3. BARRIL, Guillermina (2007). “Infecciones en hemodiálisis. Su prevención”. in Rafael Pérez Garcia (coordenador). *Actualización en Hemodiálisis*. Comissão de formação Continua do Sistema Nacional de Saúde. (1-25).pdf. (s/ local).
4. BLACK, Joyce M.; JACOBS Esther M. (s/ data). *Enfermagem Médico-cirúrgica. Uma Abordagem Psicofisiológica. Luckmann e Sorensen*. 4ª Edição, volume I. (s/ local), Editora Guanabara Koogan.
5. BOLICK, Dianna et al. (2000). *Segurança e Controle de Infecção*. Rio de Janeiro. Reichmann e Affonso Editores. (s/ local).
6. BRANCO, Joyce M. A.; RANCIARO, Débora de C. (s/ data). *Assistência de Enfermagem no Cuidado ao Cliente Renal Crônico com Infecção de Fístula Artériovenosa*. Pdf. Materiais de enfermagem da ESEL¹⁷, disponíveis em suporte digital na biblioteca da Universidade do Mindelo. (s/ local).
7. CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa. UNIVERSIDADE ABERTA.
8. COÉFFÉ, Michel (1993). “Arranjar o seu local de trabalho”. in Michel Coéffé (autor). *Guia dos métodos de trabalho*. Paris. Edições Cetop. (93-97).
9. COSTA, Cátia da; RIBEIRO, Cristiana; SEABRA, Felipe; MOREIRA, Frederico; BARBOSA, Márcia; SILVA, Marta (2012/2013). *Projeto FEUP*.

¹⁷ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Gestão de Resíduos Hospitalares. Faculdade de Engenharia. Universidade do Porto. Porto. Disponível em www.apambiente.pt/cms/view/page_doc.php?id=47. Consultado em 24.08.2014

10. DELGADO, Luzia (1997). “Os Aspectos Psicológicos do IRC em Hemodiálise”. in Aura Ramos (coordenadora). *Manual de Hemodiálise*. Edição da Clínica de Doenças Renais, Lisboa- Portugal, Execução Gráfica, Impressão e Acabamento: Quadricor, Artes Gráficas, Lda. Depósito Legal: 108 643/97. (203-206).
11. DOENGES, Marilynn E.. MOORHOUSE, Mary F.. GEISLER Alice C. 2003. *Planos de Cuidados de Enfermagem. Orientações para o Cuidado Individualizado do Paciente*. 5ª edição. Rio de Janeiro. Brasil. Editora GUANABARA KOOGAN S.A..
12. FORTIN, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*, Lusodidacta-Soc. Port. De Material Didáctico, Lda. (s/ local).
13. FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação. DA concepção à realização*. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
14. FREDERICO, Manuela. LEITÃO, Maria dos Anjos (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra. Portugal, Editora -FORMASAU - Formação e Saúde Lda..
15. FUENTES, Fernández; LEÓN, Elena Gómiz; PULIDO, Juan Francisco Pulido; COBO, Patricia Arribas (2006). “Cuidados de enfermeira en hemodiálisis”. in Rosa Jofré, Juan M. López Gómez, José Luño, Rafael Pérez García, Patrocinio Rodríguez Benítez (autores). *Tratado de Hemodiálisis*. 2ª Edição actualizada. Barcelona. Espanha, Editorial Médica JIMS, S.L.. (331-354).

16. GAUTHIER, Jacques H. M.; CABRAL, Ivone E.; SANTOS, Iraci dos; TAVARES, Cláudia M. de M.(1998). *Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas*. Rio De Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A..
17. GIL, Antonio Carlos (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. São Paulo, Editora ATLAS S.A..
18. JOSÉ, Helena (Maria Guerreiro) (2002). *Humor nos Cuidados de Enfermagem. Vivências de Doentes e Enfermeiros*. 1ª Edição. Loures. Portugal. Lusociência- Edição Técnica e Científica.
19. LUGON, Jocemir Ronaldo; MATOS, Jorge Paulo Strogoff e; WARRAK, Elias Assad (2003). “Hemodiálise”. in Miguel Carlos Riella (colaborador). *Princípios De Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólitos*. Rio De Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A.. (869-889).
20. MARCHI, Júlio César; NAZÁRIO, Nazaré O. (2007). *Suporte Básico da Vida*. Edição – Livro Didático. Palhoça, UnisulVirtual.
21. MEDGRUPO- Ciclo 1 (2010). *Nefrologia*. (s/ local), Medklin Editora. Volume 5.
22. MINISTÉRIO da Saúde-República de Cabo Verde (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016*. Volume II. Praia, Cabo Verde.
23. MONTERIO, Manuela; QUEIRÓS, Irene (1994). “A Motivação”. in Manuela Monteiro e Irene Queirós (autores). *Psicossociologia I*. Porto, Porto Editora. (210- 233)
24. NUNES, Flávia Peres (s/ data). *Biossegurança*. Educação a Distância. (s/ local). Disponível em <http://disciplinas.nucleoead.com.br/pdf/>. Consultado em 20.06.14
25. OPPERMANN, Carla Maria; PIRES, Lia Capsi (2003). *Manual De Biossegurança Para Serviços De Saúde*. (s/ local). Disponível em

Consultado em 13.01.2014

26. ORDEM DOS ENFERMEIROS DE LISBOA (2002). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa. Portugal.
27. PEREIRA, Alexandre H. D.. (1999). “Terapia da Substituição Renal (Dialise e outros) ” in Alexandre H.D. Pereira e Cássio L. Engel (autores). *O Clínico e a Nefrologia. Do Internamento à Resistência*. 5ª Edição. Rio de Janeiro. Brasil, Editora Medlivros Ltda. (341- 404).
28. PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. (2003). “Intervenções em Pessoas com Insuficiência Renal”. in Wilma J. Phipps, Judith K. Sands, Jane F. Marek (autores). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. Loures. Portugal. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.. Volume I. (1669-1707).
29. PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa do Trabalho Acadêmico*. 2ª Edição, Universidade Feevale Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul. Brasil.pdf.
30. QUEIROZ, Ana Albuquerque; MEIRELES Maria Amélia; CUNHA Sara Raquel (2007). *Investigar para Compreender*. Loures. Portugal, Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda..
31. RAJA, Rasib M. (1996). “Acesso Vascular para Hemodiálise” in John T. Daugirdas e Todd S. Ing (autores). *Manual de Diálise*. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.
32. RAMOS, Aura (1997). “Insuficiência Renal Aguda”. in Aura Ramos. *Manual de Hemodiálise*. Edição da Clínica de Doenças Renais, Lisboa- Portugal, Execução

- Gráfica, Impressão e Acabamento: Quadricor, Artes Gráficas, Lda. Depósito Legal: 108 643/97. (27- 36).
33. RIBEIRO, Silva (1997). “Opções terapêuticas na insuficiência renal terminal”. in Aura Ramos (coordenadora). *Manual de Hemodiálise*. Edição da Clínica de Doenças Renais. Lisboa. Portugal, Execução Gráfica, Impressão e Acabamento: Quadricor, Artes Gráficas, Lda. Depósito Legal: 108 643/97. (37-43).
34. SANTOS, João; PONCHE, Pedro (1982). “Rim Normal” in João Ribeiro Santos (coord.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros. Edição da Clínica de Doenças Renais*. Lisboa, Publicado por: S.M.A.- Societé de Matériels Annexes de Dialyse. (15-26)
35. SCHAFFLER, Arne; MENCHE, Nicole (2004). “Nefropatias e Patologias das Vias Urinárias” in Arne Schaffler, Nicole Menche (coordenadoras). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde. Loures. Portugal. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.. (264-311).
36. SCOPPMAYER, Maria-Anna (2010). “Patologias dos rins e das vias urinárias”. in Maria-Anna Scoppmeyer (autora). *Medicina Interna. Manual para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde*. 4ª Edição. Loures. Portugal. Lusodidacta-Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.. (179-202).
37. SILVA, Carlos R. L.; SILVA, Roberto C. L.; VIANA, Dirce L. (s/ data). *Dicionário Ilustrado de Saúde*. 2ª Edição. (s/ local). Disponível em <http://materialdeenfermagem.blogspot.com>. Consultado em 26.11.2013
38. STONE, John C. (1996). “Aparelho de Hemodiálise” in John T. Daugirdas e Todd S. Ing (autores). *Manual de Diálise*. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.
39. VASCONCELOS, Patrícia D. S. (2012). *Monitoramento da Água de Diálise: um estudo de caso em uma clínica do Município de Recife*. Monografia

apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Colectiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife. Disponível em <http://www.gamen.com.br/fistula.html>. Consultado em 25.08.2014

Sites

<http://www.portaldodialise.com/portal/o-que-e-a-glomerulonefrite>. Consultado em 28.08.2014

<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAi6UAL/sistema-tampao#>. Consultado em 28.08.2014

<http://www.google.cv/search.dialisador>. Consultado em 28.05.2014.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Pedido de autorização.....	76
Anexo 2: Termo de consentimento livre e informado.....	77
Anexo 3: Requerimento.....	79
Anexo 4: Guião de entrevista.....	80

Anexo 1: Pedido de autorização

Exmo. Senhora,
Directora do Hospital Dr. Batista de Sousa,

Lucrecia Ariana Duarte Lopes
25/02/14

*Ao Superintendente de
Enf. p/ o Mindelo
e Feito Assent
12/02/14*

Lucrecia Ariana Duarte Lopes, filha de Aguinaldo e Hermínia Lopes, nascida a 11 de Março de 1991, natural de São Nicolau, residente na cidade do Mindelo, portadora do B.I. nº 328037 de 07/07/2009, passado pelo arquivo de identificação do Mindelo, vêm "mui" respeitosamente solicitar a Vossa Excelência se digne autorizar entrevistas aos enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalham nas sessões de hemodiálise, mais se informa que essas informações seriam recolhidas a partir do mês de Março do ano 2014. A recolha de informações direcciona-se às sessões de hemodiálise, bem como os procedimentos estabelecidos, a fim de serem utilizados no âmbito da elaboração de uma monografia, cujo tema relaciona-se com a Hemodiálise.

Pede deferimento

Mindelo, 11 de Fevereiro de 2014

Assinatura

Lucrecia Ariana Duarte Lopes

/Lucrecia Ariana Duarte Lopes/

Contactos: Telefone: 9711477 Email: lucrecialopes@outlook.com

*? Modelo de inquérito
pedido feito à Intendência
e Anexado em 20/02/2014*

*A Sua President
Comissão de Ética
20/02/2014
Dr. Eng. Superior*

À Orientação da aluna.

*Depois de analisado o pedido
a Comissão de Ética não vê im-
pedimento para a realização
do inquérito*

Dr. Eng. Superior
24/02/2014.

PS 11/2/14

Anexo 2: Termo de consentimento livre e informado

Tema da pesquisa: **A hemodiálise e a biossegurança como um desafio para os enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS).**

Prezado (a) senhor(a),

Eu, Lucrécia Lopes, aluna do 4º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa, cujo objectivo é saber se as condições físicas influenciam no desempenho dos cuidados, isto é, na qualidade dos cuidados.

A sua participação é importante na medida em que, pretendo recolher informações através de uma entrevista, onde os dados serão recolhidos através de gravações áudios.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo, e não será remunerado(a) pela sua participação.

Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com maior absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mais se informa que as entrevistas terão a duração compreendida num intervalo de 10 a 30 minutos.

Caso tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contactar-me através de:

Telemóvel: 9 71 14 77

Correio electrónico: lucrecialopes@outlook.com

Endereço: Lar de estudantes (Don Bosco) da escola Salesiana, Lombo, Mindelo, São Vicente.

A Pesquisadora

/Lucrécia Lopes/

Declaração Consentimento

Eu, _____, portador
do B.I. nº _____, declaro ter sido informado e concordo em particular, como
voluntário, do projecto de pesquisa acima descrito.

Mindelo, _____ de _____ 20 _____

(Nome e assinatura do participante)

(Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento)

Anexo 3: Requerimento

Exmo. Senhor(a),
Director(a) do Hospital Dr. Baptista de Sousa,

Lucrecia Ariana Duarte Lopes, filha de Aguinaldo e Hermínia Lopes, nascida a 11 de Março de 1991, natural de São Nicolau, residente na cidade do Mindelo, portadora do B.I. nº 328037 de 07/07/2009, passado pelo arquivo de identificação do Mindelo, vêm “mui ” respeitosamente solicitar a Vossa Excelência se digne autorizar entrevistas aos enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalham nas sessões de hemodiálise, mais se informa que essas informações seriam recolhidas a partir do mês de Fevereiro do ano 2014. A recolha de informações direcciona-se às sessões de hemodiálise, bem como os procedimentos estabelecidos, a fim de serem utilizados no âmbito de elaboração de uma monografia, cujo tema relaciona-se com a Hemodiálise.

Pede deferimento
Mindelo, 11 de Dezembro de 2013

Assinatura

(Lucrecia Ariana Duarte Lopes)

Anexo 4: Guião de entrevista

Objectivos da entrevista:

1. Identificar os problemas e/ou dificuldades para a realização dos procedimentos durante as sessões de hemodiálise;
2. Saber se as condições físicas influenciam no desempenho dos cuidados, isto é, na qualidade dos cuidados.
3. Conhecer os desafios e as medidas de biossegurança, durante as sessões de hemodiálise na UCE.
4. Contribuir (as informações da entrevista) para a elaboração de um trabalho de investigação, demonstrando as condições de execução dos procedimentos durante a hemodiálise;

A- Descrição geral

1. Sexo: Feminino____ Masculino ____
2. Idade:_____Anos
3. Habilitações académicas:_____
4. Categoria profissional:_____
5. Tempo de actividade profissional: _____ Anos
6. Tempo de actividade profissional em Hemodiálise_____

B- Conceito de biossegurança

1. Qual o significado da biossegurança em hemodiálise para si?

2. Durante a formação em hemodiálise proferiram sobre as medidas de biossegurança?

3. Quais as medidas de biossegurança utilizadas durante as sessões de hemodiálise, na Unidade de Cuidados Especiais (UCE)?

4. Existe alguma norma de controlo de Infecções no serviço? Se sim qual?

5. O que é preciso para começar um processo dialítico, no que toca a biossegurança?

C. Procedimentos de Hemodiálise

6. Quais os factores (principalmente o maior factor) que condiciona as práticas/procedimentos durante as sessões? E porquê?

7. As condições de execução das sessões trazem satisfação para os profissionais que trabalham na hemodiálise?

8. Qual o maior desafio para os profissionais que trabalham nas sessões de hemodiálise?

9. Trabalhas exclusivamente na hemodiálise?

10. O espaço onde é realizado as sessões de hemodiálise, favorece o aparecimento das infecções nos doentes dialisados? Se sim porquê?

11. Quais os aspectos positivos e negativos da hemodiálise em São Vicente?

Data: __/__/__

Hora: _____h_____min

GLOSSÁRIO

Aminoácidos: ácido animado; composto orgânico que intervem na formação das proteínas. Presente em carnes, ovos, peixes, queijo, leite, aves. Exemplo de aminoácido, histidina, leusina, metionina, nilalanina, lesina. (Amadio, 2002: 42).

Anastomose: comunicação natural ou cirúrgica entre dois condutos (Silva, Silva e Viana, s/ data: 51).

Anúria: estado patológico caracterizado pela ausência completa ou quase completa de urina na bexiga (*Ibid.*: 70).

Albumina: proteína plasmática solúvel em água (*Ibid.*: 33).

Colóide: estado físico-químico de certos não electrólitos em solução. Não atravessam as membranas semipermeáveis (Amadio, 2002: 121)

Cristalóide: substância que atravessa as membranas semipermeáveis (...) (Silva, Silva e Viana, s/ data: 208).

Difusão passiva: é o processo de transferência de um soluto, através de uma membrana semipermeável, do compartimento de maior concentração para o de menor concentração (Medgrupo, 2010: 47).

Glomerulonefrites: ou glomerulopatia é uma doença renal, em que ocorre lesão dos glomérulos ou pequenos vasos sanguíneos nos rins¹⁸.

Hiperemia: aumento da quantidade de sangue (Amadio, 2002: 254).

Hiperpotassemia: aumento da taxa de potássio no plasma sanguíneo (Silva, Silva e Viana, s/ data: 404).

Hipervolemia: aumento do volume sanguíneo (*Ibid.*: 405).

Hipocalémias: diminuição dos valores do potássio no sangue (*Ibid.*: 406).

Nefropatia: toda afecção dos rins (*Ibid.*: 531).

Nosocomial: Infecção ou gangrena contraída no ambiente hospitalar (*Ibid.*: 543).

Parênquima: tecido funcional de um órgão (...) (*Ibid.*: 596).

Pericardite: inflamação do pericárdio (*Ibid.*: 613).

Procedimento Invasivo: (...) tratamento que (...) implica contacto com o sangue (*Ibid.*: 512).

Prostaglandina: substância que é extraída da vesícula seminal, dos líquidos menstrual e amniótico e de outros tecidos, que, quando injectada, provoca dilatação da

¹⁸ Extraído de <http://www.portaldodialise.com/portal/o-que-e-a-glomerulonefrite>.

musculatura de vasos e dos brônquicos, contra as musculaturas do útero e do intestino (*Ibid.*: 660)

Peritônio: membrana serosa formada de dois folhetos, o peritônio parietal, que está intimamente ligado às paredes profundas do abdome, e o peritônio visceral, que circunda os órgãos abdominais (Silva, Silva e Viana, s/data: 616).

Pielonefrites: afecção inflamatória de origem bacteriana, da pelve e do parênquima renal (*Ibid.*: 621).

Sepsis ou sepse: intoxicação pela absorção de substâncias putrefactas (Amadio, 2002: 412).

Sérico: relativo ou causado pelo soro.

Sinais e sintomas urêmicos: a presença de sinais e sintomas urêmicos, como desorientação, redução do nível de consciência, *flapping*, soluços persistentes, anorexia, náuseas e vômitos caracterizam a doença renal em seu estágio terminal, sendo indicação para início imediato do tratamento dialítico (Lugon, Matos e Warrak, 2003: 872-874).

Síndrome de água-dura: a presença de aumento de quantidades de cálcio e magnésio, na água não tratada produzindo um quadro que caracteriza-se pelo aparecimento de náuseas, vômitos, letargia, fraqueza muscular intensa e hipertensão arterial (Pegoraro, 2005, cit *in* Vasconcelos, 2012: 24).

Sistema tampão de bicarbonato sanguíneo: é um sistema que neutraliza o excesso de ácido e de base e em seguida o organismo tenta recompor a relação normal do tampão¹⁹.

Shunt: Acesso vascular, que é feito, cirurgicamente, que permite a comunicação (*shunt*) entre uma artéria (por ex. A. radial) e uma veia do antebraço (por ex., a V. cefálica) (Schaffler e Menche, 2004: 298).

Oligúria: diminuição da quantidade de urina emitida em 24 horas (Silva, Silva e Viana, s/ data: 557).

Osmolaridade: pressão osmótica expressa pela quantidade de moléculas-grama (moles) presentes em um litro de solução (*Ibid.*: 570).

Vasculite: inflamação da parede dos vasos (artérias e vasos). (*Ibid.*: 868).

¹⁹ Extraído do <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAi6UAL/sistema-tampao#>.